FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913

# THÈSE

N°

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis PETIT

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Né à Elbeuf, le 5 octobre 1886.

# Méningite syphilitique et Méningite tuberculeuse chez l'adulte

## (Essai de diagnostic différentiel)

*Président :* M. WIDAL, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2,

1913

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | WEISS. |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ACHARD. |
| Pathologie médicale | WIDAL. TEISSIER. LEJARS. |
| Pathologie chirurgicale | P. MARIE. |
| Anatomie pathologique | PRENANT. |
| Histologie | Auguste BROCA. |
| Opérations et appareils | POUCHET. |
| Pharmacologie et Matière médicale | MARFAN. |
| Thérapeutique | CHANTEMESSE. |
| Hygiène | THOINOT. |
| Médecine légale | LETULLE. |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie | ROGER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | DEBOVE. |
| Clinique médicale | LANDOUZY. GILBERT CHAUFFARD. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | G. BALLET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN. |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE. | GUENIOT. | LERI. | RICHAUD. |
| BERNARD. | GUILLAIN. | LOEPER. | ROUSSY. |
| BRANCA. | JEANNIN. | MAILLARD. | ROUVIERE. |
| BRUMPT. | JOUSSET (André). | MOCQUOT. | SAUVAGE, |
| CAMUS. | LABBE (Henri). | MULON. | SCHWARTZ (Anselme). |
| CASTAIGNE. | LAIGNEL-LAVASTINE. | NICLOUX. | SICARD. |
| CHAMPY. | LANGLOIS. | NOBECOURT | TANON. |
| CHEVASSU. | LECENE. | OKINCZYC. | TERRIEN. |
| COUVELAIRE. | LEMIERRE. | OMBREDANNE. | TIFFENEAU. |
| DESMAREST. | LENORMANT. | RATHERY. | VILLARET. |
| GOUGEROT. | LEQUEUX. | RETTERER. | ZIMMERN. |
| GREGOIRE. | LEREBOULLET. | RIBIERRE. | |

*Le Secrétaire de la Faculte* : DESTOUCHES.

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. WIDAL

Membre de l'Académie de médecine

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'honneur.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne saurions nous séparer de nos maîtres dans les hôpitaux, sans leur exprimer nos sentiments de reconnaissance et de gratitude.

C'est dans le service de M. le docteur Launois, à Lariboisière, que nous avons eu la bonne fortune de commencer notre instruction médicale clinique, comme stagiaire, et de la poursuivre, comme externe et interne provisoire. Les fortes leçons et les conseils avisés de ce maître, si bienveillant, qui a bien voulu nous honorer de son amitié, nous resteront à jamais précieux. Qu'il nous permette de lui adresser, ici, l'hommage de notre gratitude et de notre respectueuse affection.

M. le docteur Brault nous a comblé de ses bontés et de ses attentions sympathiques pendant l'intérim, trop court, d'interne provisoire que nous avons fait dans son service de Lariboisière. Nous lui adressons nos remerciements les plus cordiaux.

Au cours de notre externat à Necker, à Lariboisière et à la Consultation de l'Hôtel-Dieu, nous avons pu mettre à profit le large enseignement des docteurs Routier, Guillain, Lereboullet et Loeper, dont la bienveillance ne nous a jamais manqué. Nous leur exprimons notre respectueux attachement.

A Messieurs le professeur Kirmisson, Boissard, Picqué, Bourcy, Clerc, Laubry, A. Leri, Froin, vont nos meilleurs sentiments de gratitude.

Au docteur Faure-Beaulieu, nous devons nos bien

cordiaux remerciements pour les intéressantes observations qu'il a bien voulu nous permettre de reproduire dans ce travail.

Que le docteur JOLTRAIN, dont l'aide et l'amitié nous ont été si précieuses, veuille bien compter toujours sur nos meilleurs sentiments d'amitié et de reconnaissance.

# INTRODUCTION

Les divers syndromes méningés que l'on est appelé à rencontrer si souvent, en clinique journalière, affectent, tous, une allure à peu près semblable, présentant à l'observation de nombreux symptômes communs. Ces symptômes traduisent, en effet, la réaction des méninges à l'infection, quelle qu'en soit la nature ; et c'est ce qui explique les difficultés, parfois très grandes, d'un diagnostic étiologique précis.

C'est ainsi que la méningite cérébro-spinale aiguë peut en imposer pour une méningite de la base et être prise, au début, pour une méningite tuberculeuse.

Par contre, dans les nombreuses formes que peut revêtir celle-ci, chez l'adulte, il n'est pas rare de la voir simuler, au début, une méningite généralisée à marche rapide.

De même, la syphilis méningée, quand elle évolue suivant un processus aigu, peut, à la période secondaire, présenter une grande analogie avec certaines méningites à pneumocoques, à méningocoques ou à bacilles de Kock ; et l'on peut observer toutes les phases intermédiaires entre les méningites syphilitiques subaiguës, ou chroniques, et les méningo-radiculites, le tabes et la paralysie générale.

Il y a donc grand intérêt à déterminer la nature de certains états méningés complexes, en faisant appel aux méthodes de clinique, de laboratoire et d'expérimentation.

Mais il convient de montrer, aujourd'hui que ces méthodes en sont arrivées à un point de perfectionnement si avancé, quelles sont les difficultés qui persistent encore et s'il est possible de les éviter.

Une de ces difficultés, et non des moindres, réside dans le fait suivant :

Il est fréquent de constater chez certains malades au mauvais état général, souvent même nettement tuberculeux, un syndrome méningé des plus précis que l'on est tenté de rattacher, de suite, à la bacillose, alors qu'il s'agit de syphilis méningée, qu'un examen plus approfondi permet de découvrir.

D'autre part, des sujets aux antécédents syphilitiques confirmés par les réactions humorales caractéristiques, peuvent être atteints d'un processus bacillaire, en apparence primitif qui, en attaquant leurs méninges, simule une méningite syphilitique alors que, seule, la tuberculose est en jeu.

L'étude de ces faits nous a paru présenter un double intérêt.

D'abord un intérêt clinique et un intérêt pratique pour les recherches de laboratoire, tous deux présentant des symptômes identiques et des réactions humorales souvent analogues.

Ensuite un intérêt pronostique et thérapeutique de grande valeur, puisqu'on connaît l'issue plus habituellement fatale, de la méningite tuberculeuse et, au

contraire, les succès thérapeutiques sur lesquels on est en droit de compter dans la méningite syphilitique.

Ainsi se pose un des problèmes les plus importants de diagnostic différentiel.

Nous nous proposons d'étudier :

1° Dans un chapitre clinique, les différences qui existent, habituellement, entre ces deux formes de méningite, et les causes d'erreur qui peuvent survenir dans nombre de cas ; pour rechercher, ensuite, quelle valeur il convient d'attribuer, dans le diagnostic différentiel, aux divers symptômes, et s'il est possible de donner à l'un deux assez de relief pour que, seul, il assure le diagnostic hésitant.

2° Nous noterons, ensuite, les résultats des recherches de laboratoire, les causes d'erreur susceptibles de les fausser, essayant d'en extraire des faits caractérisant plus particulièrement telle forme de l'affection méningitique.

3° Nous verrons, enfin, ce que donne l'examen anatomo-pathologique, et comment il peut expliquer la symptomatologie de ces deux affections.

Deux cas de méningite syphilitique ayant toutes allures de méningites tuberculeuses, que nous avons observés à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Launois, nous ont donné l'idée de ce travail.

## CHAPITRE PREMIER

### Etude clinique.

Dans ce chapitre, nous étudierons les diverses formes que peut revêtir, en clinique, la méningite syphilitique, et nous verrons si, parmi ces formes, il y a des symptômes dont la découverte puisse faire trancher, de façon catégorique, le diagnostic en faveur de la syphilis, à l'exclusion de la tuberculose.

Déclarons, dès maintenant, que nous nous rangeons à l'avis des auteurs qui réservent le nom de méningite syphilitique aiguë aux accidents méningés diffus de la syphilis secondaire, sans parler des méningites aiguës tertiaires, qui ne font que traduire l'extension aux méninges de lésions syphilitiques primitivement localisées à d'autres organes.

Ce point fixé, passons maintenant en revue les diverses modalités par lesquelles se caractérise la méningite syphilitique secondaire :

On peut diviser ces modalités en deux groupes : les formes latentes, et les formes d'allure aiguë.

La méningite hérédo-syphilitique, exceptionnelle chez l'adulte, ne sera pas envisagée dans ce travail.

### I. — **Formes latentes.**

Il a été longtemps classique de dire que, en dehors de la céphalée, la syphilis ne se révélait par aucun symptôme du côté des centres nerveux, pendant les périodes initiales.

Or, les récentes acquisitions de la science, dans le domaine de la cytologie du liquide céphalo-rachidien, nous montrent que rien n'est moins fondé que cette opinion classique.

En effet, M. Ravaut, pratiquant systématiquement la ponction lombaire chez de nombreux syphilitiques secondaires, a trouvé, chez le plus grand nombre, une lymphocytose caractéristique, révélant l'atteinte méningée.

MM. Milian, Crouzon et Paris avaient tenté de pareilles recherches, sur des malades présentant de la céphalée, et, frappés de la coïncidence de ces 2 symptômes, ces auteurs en avaient conclu à l'existence d'une céphalée méningitique, au cours de la syphilis, hypothèse qui paraissait se confirmer par de nombreux cas où la ponction lombaire atténuait la céphalée spécifique (P. Marie et Guillain).

Mais M. Ravaut, étendant le champ de ses études à un très grand nombre de malades, est arrivé à cette conclusion, que la lymphocytose, non-seulement est sans rapport avec la céphalée mais, qu'au contraire, elle est très fréquente chez les malades porteurs d'accidents cutanés, comme la roséole et surtout les syphilides pigmentaires et papuleuses.

Si l'on se rappelle que les espaces sous-arachnoïdiens

limitent une cavité d'origine ectodermique, ces données embryologiques éclairent cette sensibilité commune à la syphilis des deux tissus, peau et système nerveux ; et l'on comprend la phrase de Brissaud : « La syphilis aime l'ectoderme ».

Quoi qu'il en soit, et dans la pratique, voilà donc une première série de cas où la méningite syphilitique secondaire est évidente, quoique latente au plus haut degré, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun symptôme cliniquement décelable, et ne se révèle que par l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré après ponction lombaire.

Mais, dans une autre série de cas, l'atteinte des méninges par le processus syphilitique, quoique restant plus ou moins latente, donne lieu à la production de quelques symptômes souvent fugaces, mais qu'un examen attentif permet toujours de déceler : et ce sont les véritables méningites syphilitiques secondaires latentes.

C'est, par exemple, un malade qui se présente avec une paralysie faciale, causée par une légère irritation méningée de la base.

Ou bien c'est un autre qui souffre d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil, avec strabisme interne ou externe, et surtout ptosis, traduisant la paralysie du moteur oculaire commun.

Ce peut être aussi une névrite optique, de l'inégalité pupillaire, un peu d'affaiblissement des réflexes oculaires devenus paresseux.

D'autres fois c'est l'audition qui est troublée, les troubles auditifs pouvant même aller jusqu'à la surdité complète.

Chez d'autres malades, c'est une modification des reflexes rotuliens, diminuées ou plus souvent exagérées.

C'est encore, quelquefois, le phénomène de la trépidation épileptoïde du pied, ou des troubles de la corticalité, amenant des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Souvent enfin c'est de la céphalée, avec tous les caractères de la céphalée spécifique, que nous étudierons plus loin.

Or, tous ces troubles sensitivo-sensoriels qui trahissent, dans ces cas divers, l'atteinte des méninges par un processus spécifique atténué, peuvent se retrouver dans les méningites tuberculeuses latentes : En effet, ne connaissons-nous pas ces méningites bacillaires longtemps latentes, qui ne se révèlent que par des troubles paralytiques du côté des nerfs crâniens, ou par de la céphalée, ou par de l'inégalité pupillaire, des troubles auditifs, des troubles de la réflectivité, comme la trépidation épileptoïde, ou enfin par des accidents d'épilepsie Bravais-Jacksonienne comme l'ont montré Chantemesse, et Lutel (thèse de Paris, 1913, obs. III) ?

Il y a, de même, toute une série de cas de méningite syphilitique fruste qui s'accompagnent de signes abdominaux atténués : ce sont des troubles digestifs, des douleurs intestinales, des alternatives de diarrhée et de constipation, celle-ci pouvant devenir opiniâtre ; ce sont encore des nausées, des vomissements. Souvent la céphalée coexiste, et alors on a un trépied méningitique atténué. On pratique la ponction lombaire et on trouve de la lymphocytose. La méningite est donc établie ; mais s'agit-il de syphilis ou de tuberculose ?

Et si maintenant nous rappelons combien fréquem-

ment on note, chez les syphilitiques, un mauvais état général, un état neurasthénique souvent prononcé, de l'amaigrissement, nous verrons là une nouvelle cause d'erreur avec la déchéance physique des tuberculeux.

En présence de tant de symptômes communs, le diagnostic de cause pourra-t-il être fait facilement? Oui, le plus souvent, car, même sans recourir aux moyens de laboratoire, on relèvera, presque toujours, sur le malade soit des accidents cutanés secondaires, actuels ou récents, soit des stigmates bacillaires; et l'on pourra, si la syphilis est prouvée, en instituer de suite le traitement, dont l'efficacité viendra encore confirmer l'excellence du diagnostic.

En résumé, ces méningites syphilitiques latentes sont d'autant plus intéressantes à connaître, qu'elles marquent une étape, en matière de syphilis, entre la simple réaction lymphocytaire fruste habituelle, si fréquente d'après MM. Widal et Ravaut, et la véritable méningite syphilitique aiguë que nous allons étudier maintenant.

### II. — **Méningite syphilitique aiguë.**

1° **Début.** — La méningite syphilitique aiguë peut débuter de façons très diverses. Quelquefois, ce début est très brusque, comme dans les observations de MM. Sicard et Roussy (*Revue neurologique*, juin 1904) et de MM. Gaucher et Malloizel (*Bulletin de la Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907).

Mais, dans la plupart des cas (3 fois sur 4, d'après Desnos), le début est lent et insidieux.

Le premier symptôme est en général la céphalée. Un malade vient consulter parce que, depuis un temps plus ou moins long, il souffre de maux de tête violents, diffus, plus accentués dans la région frontale, quelquefois dans la région occipitale. Il a essayé toutes sortes de médicaments, mais en vain : les douleurs persistent, continues, gravatives, intolérables, présentant même des paroxysmes à l'occasion d'un bruit, d'une lumière, d'un mouvement un peu brusque. La nuit, pas de rémission ; au contraire, la céphalée est encore exacerbée.

Ce malade se plaint encore d'avoir perdu tout sommeil. Comme la céphalée, cette insomnie est rebelle à tout traitement, tant que la cause n'en est pas reconnue.

Chez d'autres malades, ce sont les troubles auriculaires qui occupent la scène les premiers. Voici, par exemple, une malade (cas de Laubry et Giroux) qui, en proie à des douleurs de tête violentes, était prise, par moments, de bourdonnements d'oreille, puis de vertiges : « elle voit les objets au milieu d'un brouillard, animés de mouvements, et, par intervalles, doubles ;... elle est obligée de se soutenir aux arbres ou aux maisons pour garder son équilibre, prise, par les passants, dit-elle, pour une femme ivre... »

D'autres fois, ce sont surtout des phénomènes généraux : asthénie motrice avec douleurs rachialgiques, altération progressive de l'état général, amaigrissement souvent extrême, etc.

Tels sont les principaux modes de début de la méningite syphilitique aiguë. Or, tous ces symptômes peuvent se retrouver dans la méningite tuberculeuse.

Quoi de plus fréquent, en effet, que de voir des malades, depuis longtemps déprimés, en état de déchéance physique, maigrissant, de jour en jour, et n'accusant que de vagues douleurs imprécises, évoluer ensuite, de plus en plus nettement, vers la méningite bacillaire confirmée ?

Les troubles sensoriels sont également très fréquents dans tous ces cas, comme d'ailleurs, l'insomnie, d'imtance secondaire.

Reste la céphalée. C'est là le symptôme de début, capital dans la méningite spécifique. Et pourtant on la retrouve, avec une extrême fréquence, tant au début qu'à la période d'état des méningites tuberculeuses.

Arnould rapporte plusieurs cas de ces méningites bacillaires, où les douleurs de tête furent longtemps le seul symptôme.

Mais, si on étudie de très près les caractéristiques diverses de cette céphalée, on ne lui retrouve pas toujours les signes, si accusés, qu'elle revêt dans la méningite syphilitique. Elle n'est pas si tenace, si prolongée, si facilement exaspérée par la moindre cause extérieure.

Si bien que la constatation d'une céphalée diffuse, avec maximum frontal ou occipital, continue, avec paroxymes et exacerbations nocturnes, et rebelle à tous les médicaments, devra toujours faire penser à une méningite syphilitique plutôt qu'à une méningite tuberculeuse.

Mais, encore une fois, il n'y a là rien d'absolu ; et on s'exposerait à de lourdes erreurs, si on suivait les auteurs qui ont voulu faire de cette céphalée un véritable signal-symptôme de la méningite spécifique.

Si maintenant nous examinons, à nouveau, ces données à la lumière des observations que nous rapportons, nous constatons que jamais la céphalée n'a fait défaut.

En effet, dans notre observation I, « (H..., Georges, 21 ans), il s'agit d'un malade amené à l'hôpital parce qu'il a été saisi d'un vertige suivi de syncope. Il se plaint d'une céphalée violente, et l'interrogatoire nous apprend que ces maux de tête durent depuis quinze jours, avec exacerbations nocturnes très marquées, pour lesquelles il s'est déjà présenté plusieurs fois à la consultation externe de l'hôpital. »

Dans notre observation II, « (C..., Cléo, 22 ans), nous voyons une femme présentant des symptômes abdominaux avec vomissements et céphalée violente, qui finit par dominer la scène. Elle nous apprend que, depuis un mois déjà, elle souffre de maux de tête opiniâtres, que ne parviennent pas à calmer les nombreux médicaments qu'elle ingéra. »

Dans toutes les autres observations, que nous empruntons à nos devanciers, on retrouve toujours la céphalée comme symptôme dominant.

2° **Période d'état.** — La période d'état une fois constituée, le tableau clinique peut être très variable. Presque toujours on y retrouve le trépied méningitique plus ou moins complet et plus ou moins net ; et autour de lui se groupent, de façon très inconstante, les différents symptômes nerveux, digestifs, circulatoires ou respiratoires.

Il y a donc presque autant de formes cliniques que d'observations rapportées ; et, pour conserver à cette étude une idée directrice, nous serons obligés de décrire arbitrairement une forme-type qui rassemblerait tous les symptômes dont nous discuterons, au fur et à mesure, la valeur diagnostique.

*Les troubles du système nerveux* comprennent les troubles de la motilité, de la réflectivité, de la sensibilité, de l'intelligence et les troubles vaso-moteurs.

*Les contractures* sont d'une extrême fréquence.

*La raideur de la nuque* est observée dans presque tous les cas. Le plus souvent elle est assez atténuée ; et, si le malade ne peut plus faire de mouvements spontanés, il peut cependant supporter, sans souffrances, quelques mouvements provoqués. De plus, il arrive parfois que son intensité est variable, suivant les examens successifs (cas de Berdin et Weill).

Dans la méningite tuberculeuse, au contraire, cette raideur est absolue ; et, en prenant le malade sous la nuque, on arrive à soulever le corps tout entier d'une seule pièce.

Mais ce signe ne saurait cependant servir au diagnostic étiologique, car cette raideur de la nuque peut être, qnoique rarement, très intense dans la méningite syphilitique : tel est le cas de Ravaut et Darré, où elle s'accompagnait même d'opisthotonos.

Dans notre observation I, la contracture de la nuque était tellement accusée, qu'en asseyant le malade pour pratiquer sur lui une ponction lombaire, on le soulevait d'une seule pièce. Il présentait même un certain degré d'opisthotonos ayant rendu cette ponction difficile.

*Le signe de Kernig* paraît avoir été recherché avec succès, chez tous les malades dont les observations ont été publiées ces dernières années, sauf deux (OEttinger et Hamel et Desnos). On sait que, dans la méningite tuberculeuse, il est loin d'être constant.

Nos malades, I et II atteints de méningite syphilitique,

ont présenté, tous deux, un Kernig très accusé qui persista plus longtemps que les divers autres symptômes, et fut le dernier à disparaître.

La contracture des muscles abdominaux, et le phénomène du *ventre en bateau* consécutif, ont été rarement signalés. Nous en rapportons cependant un cas (obs. I).

Dans la méningite tuberculeuse, le *ventre en bateau* est au contraire à peu près constant. Cette différence entre les deux sortes de méningite à ce point de vue, s'explique, peut-être, par ce fait que le bon état général est plus souvent conservé dans la méningite spécifique, et que, par conséquent, l'affaissement de la masse intestinale est moindre, et la sécrétion gazeuse intestinale plus abondante.

*Les convulsions*, fréquentes, comme on sait, dans la méningite tuberculeuse, sont, au contraire, rares dans la méningite syphilitique, surtout chez l'adulte, dont nous nous occupons exclusivement.

Il n'en existe pas d'exemple dans les observations que nous publions plus loin.

Les *paralysies* sont rares dans la méningite spécifique (nous exceptons, en effet, les paralysies oculaires qui feront objet d'un paragraphe spécial) ; il s'agit, d'ailleurs, moins de véritables paralysies, que de parésies. Elles sont en général frustes et passagères. Le plus souvent il s'agit de paralysie faciale ; quelquefois de parésie linguale ; assez souvent, enfin, de troubles parétiques des membres inférieurs : témoin le malade de Mauriac qui donnait l'impression d'un homme ivre.

Nous rapportons un cas de paralysie faciale (obs. III).

Dans la méningite tuberculeuse, ces troubles paraly-

tiques sont, au contraire, très fréquents, et même presque constants, à la période terminale.

*Les troubles des réflexes* sont loin d'obéir à une règle absolue. On peut les trouver abolis, comme dans l'observation de Boidin et Weil ; mais, le plus souvent, ils sont exaspérés, comme d'ailleurs dans la méningite tuberculeuse.

On peut même les voir s'accompagner de signe de Babinski ou du phénomène de la trépidation épileptoïde du pied.

Rappelons que cette trépidation épileptoïde a également été notée, dans la méningite tuberculeuse (Lutel, thèse de Paris, 1913, obs. XXVI).

*Les troubles des sphincters* n'ont pas, dans la méningite syphilitique, la même fréquence que dans la méningite bacillaire, surtout à sa période terminale. Ils existent cependant quelquefois, se traduisant soit par de la rétention, soit, au contraire et plus souvent, par de l'incontinence.

*Les troubles de la sensibilité* se résument dans la *céphalée,* sur laquelle nous avons suffisamment insisté au début, et qui se retrouve, à la période d'état, avec les mêmes caractères, puis s'atténue sous l'influence du traitement.

On note, quelquefois, de la *rachialgie* et une *hyperesthésie* plus ou moins douloureuse des téguments, comme chez le malade de notre observation I.

Rappelons que la céphalée est, le plus souvent, moins intense dans la méningite tuberculeuse.

*Les troubles intellectuels et psychiques*, très fréquents dans la méningite spécifique, sont le plus souvent cons-

titués par la stupeur et l'obnubilation, que l'on peut comparer à l'apathie de la méningite tuberculeuse.

Souvent, au contraire, cette stupeur fait place à des phénomènes d'excitation, surtout au *délire*.

Le plus fréquemment il s'agit d'un délire doux, tranquille, léger et discontinu ; d'autres fois, d'un délire violent : dans le cas de Suchy, le malade courait autour de sa chambre en poussant des cris.

Une de nos malades (obs. III), fut amenée à l'hôpital par ses voisins, la croyant folle. La maladie avait commencé par un délire doux avec confusion mentale.

Dans notre observation IV (Claisse et Joltrain), il s'agit d'un malade en proie à un délire aigu avec idées de persécution et de suicide, qui essaya de tuer sa femme.

Ces phénomènes d'excitation sont à rapprocher de phénomènes semblables survenant, parfois, dans certaines méningites tuberculeuses de l'adulte.

On sait, en effet, que l'on a observé, chez les malades atteints de méningite bacillaire, un affaiblissement intellectuel extrême, de l'irritabilité, de la confusion mentale, et surtout du délire ; celui-ci si fréquent que l'on a décrit des formes délirantes et démentielles de la méningite tuberculeuse.

Il peut s'agir d'un délire systématisé, comme le délire de la persécution ou le délire religieux. D'autres fois, ce sont des hallucinations, surtout visuelles ; les malades sont en proie à des visions terrifiantes, et donnent l'impression de malades agités par une crise de delirium tremens. Puis, à la période ultime, ces phénomènes se calment et font place à la stupeur finale.

Dans les formes démentielles, il s'agit, le plus souvent,

de malades qui se présentent comme des paralytiques généraux. Nous n'avons pas relevé de faits semblables dans les observations de méningite syphilitique.

Parmi *les troubles vaso-moteurs*, nous n'avons trouvé signalées, dans aucune observation de méningite secondaire, les alternatives de rougeur et de pâleur si fréquentes dans la méningite tuberculeuse.

Par contre, *la raie méningitique* est souvent notée, sans caractères particuliers.

*Les troubles oculaires* sont extrêmement fréquents dans la méningite syphilitique, où on le sretrouve dans la moitié des cas environ. Le plus souvent ils atteignent la musculature externe, et principalement le moteur oculaire commun. On note alors, soit du strabisme, de la diplopie, et surtout du ptosis.

Ces paralysies sont, en général, incomplètes et éphémères. Elles n'en ont pas moins une grande importance diagnostique, car il n'y a pas d'autre cause de paralysies oculaires aussi fugaces et aussi partielles. Aussi faut-il toujours penser à la syphilis, quand on les rencontre, selon la phrase de Ricord : « *les paralysies du moteur oculaire commun sentent la vérole.* ». Malheureusement c'est là un symptôme qui peut manquer et qui n'apparaît qu'assez tardivement.

Mais les muscles externes de l'œil ne sont pas seuls atteints, et la musculature interne ne reste pas indemne : il y a fréquemment de l'inégalité pupillaire ; d'autres fois, les pupilles sont rétrécies ; plus souvent il y a mydriase. Les réflexes pupillaires sont paresseux ; cependant, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, sauf dans une observation (OEttiger et Hamel) où il y avait une ébauche d'Argyll.

Dans nos 3 observations personnelles, où il s'agit de méningites syphilitiques, nous avons toujours constaté des troubles oculaires accusés, strabisme avec diplopie, inégalité pupillaire et mydriase. Nous n'avons jamais trouvé d'Argyll.

Ces altérations de la musculature interne de l'œil sont également fréquentes dans la méningite tuberculeuse, où on a signalé du myosis, de la mydriase surtout, et de l'inégalité pupillaire, ainsi que l'affaiblissement du réflexe à la lumière (réaction oscillante de Chauffard).

L'examen du fond de l'œil a une grande importance, comme dans toutes les affections du système nerveux.

Dans la méningite tuberculeuse, Bouchut avait signalé la présence de tubercules de la choroïde, auxquels il attribuait une importance quasi-pathognomonique ; on a reconnu depuis qu'il ne s'agissait pas de vrais tubercules de la choroïde, mais de points jaunes d'œdème autour de la papille, sur le trajet des vaisseaux choroïdiens, ces points d'œdème étant d'ailleurs très rares.

Dans la méningite spécifique, on trouve de la stase papillaire, qui a, pour Dupuy-Dutemps, une très grande valeur car « elle constitue un signe différentiel important avec la méningite tuberculeuse où la stase papillaire est fort rare ».

*Les troubles digestifs* sont représentés par les vomissements et la constipation, qui constituent, avec la céphalée, le fameux trépied méningitique.

Les vomissements sont du type de tous les vomissements cérébraux, faciles et sans effort ; nos observations sont concluantes à ce point de vue.

*La constipation* est moins absolue que dans la méningite tuberculeuse.

*Les troubles respiratoires* sont très peu marqués. On a signalé un cas avec arythmie, d'autres cas avec polypnée ; le rythme de Cheyne-Stokes, observé quelquefois dans la méningite tuberculeuse, n'a jamais été signalé ici.

*Les troubles circulatoires* sont inconstants. *Le pouls* qui, dans la méningite bacillaire, est si caractéristique : rapide, vibrant, et surtout instable, c'est-à-dire variant comme force et comme fréquence suivant les moments et suivant les positions du malade, n'a pas, ici, de caractères bien particuliers ; il est souvent ralenti, mais assez régulier.

*La fièvre*, dans la méningite syphilitique, divise les opinions : classiquement, on admettait qu'elle est nulle, et Fournier faisait de cette absence d'hyperthermie un signe de forte présomption en faveur de la syphilis.

Mais les observations récentes ont montré qu'il y a, presque toujours, au moins à un moment donné de l'évolution, de l'hyperthermie. Dans les cas que nous rapportons, la fièvre est constante, se maintenant aux environs de 38°.

Dans la méningite tuberculeuse, la température oscille entre 38° et 39°, pendant la première semaine, puis diminue et se rapproche de la normale, avec des oscillations intermittentes la ramenant vers 39°. Enfin, à la période terminale, elle remonte définitivement vers 39°-40°.

A ce moment, le pouls est, au contraire, redescendu à la normale, et même en dessous, entre 60 et 70 ; et cette *dissociation du pouls et de la température*, d'importance capitale, imposerait le diagnostic de tuberculose, si ce diagnostic était resté, par hasard, incertain.

Rien de pareil dans la méningite spécifique : la tem-

pérature, quand il y a fièvre, se maintient en plateau vers 38° avec de petites oscillations, toujours d'amplitude beaucoup plus faible que dans la période intermédiaire de la méningite tuberculeuse.

De son côté, le pouls est rapide en proportion de l'hyperthermie, et les 2 tracés restent parallèles (obs. I et II).

Tels sont les divers signes de la méningite syphilitique secondaire, que nous avons décrits en les comparant avec les signes correspondants de la méningite tuberculeuse.

Dans la pratique, il est exceptionnel de rencontrer le tableau clinique complet. Il manque presque toujours de nombreux éléments, et, quelquefois même, un seul symptôme prend une place tellement prépondérante qu'on se trouve en présence de formes mono-symptômatiques : telles sont les méningites frustes avec céphalée seulement, ou avec uniquement quelques troubles oculaires légers.

Dans un autre ordre d'idées, on a décrit des formes subaiguës et des formes à répétition ; enfin, des méningites de la convexité et des méningites de la base : toutes variétés qui trouvent leur homologue dans les si nombreuses formes de la méningite tuberculeuse.

Donc si, comme nous l'avons vu, aucun symptôme envisagé isolément ne peut imposer le diagnostic, la physionomie clinique de l'affection, envisagée dans son ensemble, ne le peut pas davantage. Cependant, la pauvreté fréquente en symptômes de la méningite spécifique, son caractère mono-symptômatique devront, pour le clinicien averti, faire soupçonner la syphilis.

Comme conclusion de ce chapitre clinique, posons et résolvons, si possible, la grande question : Le diagnostic étiologique de méningite syphilitique ou de méningite

tuberculeuse peut-il être établi formellement par les seuls moyens cliniques?

— Oui, dans la plupart des cas ; car, le plus souvent, les symptômes de méningite spécifique apparaissent et évoluent chez des malades porteurs d'accidents secondaires, roséole ou plaques muqueuses, ou même chez des malades dont le chancre n'est pas encore cicatrisé.

De même, chez les sujets atteints de méningite tuberculeuse, on relève des stigmates de bacillose pulmonaire, ganglionnaire, osseuse ou viscérale.

Dans ces cas-là, le diagnostic est le plus souvent évident ; il semble même qu'il doive être automatique.

Et pourtant il n'en est rien : il y a, en effet, des observations de méningite tuberculeuse chez des malades porteurs d'accidents syphilitiques en évolution ; tel est le malade de notre observation V (Joltrain et Lévi-Franckel) qui était porteur du chancre, avait un Wassermann positif, et chez qui l'autopsie révéla les lésions cliniques de la méningite tuberculeuse.

De même notre observation VI relate un cas de méningite tuberculeuse chez un syphilitique secondaire.

Inversement on peut voir une méningite syphilitique évoluer chez un tuberculeux : témoin le malade de notre observation I, ayant présenté une méningite syphilitique guérie par le traitement, et qui portait, au niveau du cou, des cicatrices typiques d'adénites cervicales fistulisées anciennes.

Si donc la recherche des stigmates de spécificité a une grande importance, il ne faut pas lui demander plus que de raison. D'ailleurs, ces stigmates peuvent manquer, le chancre a pu passer inaperçu, surtout chez la femme.

Aussi faut-il, dans tous les cas, étudier minutieusement chaque symptôme.

Rappelons, pour terminer, que la plupart des symptômes n'ont aucune valeur pathognomonique, ni dans un sens, ni dans l'autre : tels sont les contractures, les convulsions, les paralysies des membres, les troubles de la réflectivité et des sphincters, les modifications pupillaires, l'hyperesthésie cutanée, les troubles vaso-moteur, les troubles psychiques, digestifs ou respiratoires.

D'autres symptômes peuvent, au contraire, attirer l'attention vers telle ou telle étiologie.

La dissociation du pouls et de la température impose, presque à coup sûr, le diagnostic de bacillose.

Au contraire, en faveur de la syphilis sont : la paralysie faciale, les paralysies de la musculature externe de l'œil, la stase papillaire, l'absence possible de fièvre ; enfin et surtout la céphalée, quand elle présente réunis tous ces caractères fondamentaux : céphalée continue, diffuse, avec paroxysmes et exacerbations nocturnes.

Malgré tout, il est des cas où le diagnostic reste en suspens. C'est alors qu'on institue, à tout hasard, le traitement spécifique, par acquit de conscience, et aussi dans l'espoir de voir l'évolution ultérieure faire pencher la balance en faveur de la méningite syphilitique, plus fréquemment curable.

Mais si l'on s'en tient au point de vue diagnostic, qui nous intéresse seul ici, ce traitement d'épreuve est un moyen très lent ; aussi est-il préférable d'appeler le laboratoire au secours de la clinique.

## CHAPITRE II

### Examens de laboratoire.

Pour schématiser, avant d'entreprendre l'étude des principales réactions qui nous permettront de faire le diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la méningite syphilitique, il convient d'établir succinctement un parallèle entre les réactions humorales présentées au cours de ces deux affections.

#### I. — Etude du liquide céphalo-rachidien.

1° **Tension.** — Dans tous les cas de méningites il y a habituellement hypertension, sans qu'il soit possible, en parcourant les différentes observations qui notent ce détail, de voir, à ce point de vue, des différences entre la tuberculose et la syphilis méningée.

D'ailleurs les appareils tels que le manomètre de MM. Widal et Sicard, adopté pour mesurer cette tension, ne donnent pas toujours des résultats très précis ; et il existe de nombreuses causes d'erreur dépendant surtout de la lumière de l'aiguille, si bien que, si Naunyn a trouvé, dans un cas de méningite tuberculeuse, une pression de 700$^{mm}$, si Lutier a noté des chiffres analo-

gues, pour Kuincke et Riche la pression ne dépasse guère 250 à 400.

La pression se mesure plus habituellement, en clinique journalière, par la force d'écoulement du liquide ; et l'on a continué de le considérer comme très hypertendu quand il sort en jet, la pression paraissant parallèle à la distance focale de la courbe parabolique décrite par ce jet. Il y a hypertension relative lorsque le liquide sort en gouttes pressées, et, enfin, tension normale quand les gouttes sont lentes.

Bien que ce soit là un procédé approximatif, il semble que dans la majorité des cas, il donne des renseignements suffisants.

Il paraît, si l'on s'en rapporte aux données classiques, que les grandes hypertensions aient été, le plus souvent signalées dans les méningites tuberculeuses ; mais ce n'est certes pas là un fait qui permette de conclure ; car il y a des formes de méningite tuberculeuse sans hypertension et, dans la thèse de Lutier, sur vingt-deux cas de méningites tuberculeuses observées à ce point de vue, il n'en résultait que quinze où l'hypertension était manifeste.

Il n'est guère possible de tirer plus de renseignements, au point de vue différentiel, de l'aspect macroscopique.

2° **Aspect macroscopique.** — Au cours des méningites tuberculeuses, comme dans les méningites syphilitiques, le liquide garde souvent son aspect clair, d'une limpidité parfaite comme à de l'eau de roche.

Certains auteurs ont noté la fréquence, dans les méningites tuberculeuses, malgré la clarté du liquide, d'un cer-

tain nombre de petites particules qu'on pourrait prendre, tout d'abord, pour des impuretés et qui sont, en réalité, des fragments de fibrine avec incorporation fréquente de petits cristaux de sels organiques.

Il est difficile d'apprécier la valeur de ce symptôme, la plupart des observations ne le mentionnant pas. Nous ne l'avons cependant pas constaté dans les cas de méningite syphilitique que nous signalons ; et il se peut qu'il soit plus fréquent au cours des méningites tuberculeuses, ce fait coïncidant alors avec la présence d'un coagulum fibrineux qui, comme nous le verrons, a beaucoup plus d'importance.

*Liquide jaune.* — On peut rencontrer, parfois, au cours de la méningite tuberculeuse, une légère coloration jaunâtre du liquide céphalo-rachidien, MM. Netter et Widal l'ont déjà signalée, Lutier, dans sa thèse, l'a trouvée huit fois sur 41 cas de méningite tuberculeuse. Cette coloration est, probablement, due à de petites hémorragies pie-mériennes. Mais ce fait ne possède pas encore de valeur pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse et de la méningite syphilitique, les hémorragies méningées pouvant se rencontrer dans cette dernière. Nous avons dans nos observations un fait typique à ce sujet.

*Observation I : Méningite syphilitique aiguë, guérie par le traitement spécifique, ayant présenté à son entrée à l'hôpital un liquide céphalo-rachidien hémorragique et jaunâtre par la suite.*

*Formation d'un coaguleux fibrineux.* — On rencontre souvent dans la méningite tuberculeuse, même lorsque le liquide est clair, après quelques instants de repos,

de petits flocons qui se déposent en un coaguleux fibrineux réuni à la surface du liquide par une mince colonne opaque. Ils sont constitués par de la fibrine et des leucocytes, le plus souvent des polynucléaires.

On peut le rencontrer aussi dans toutes les méningites aiguës, mais, dans la méningite syphilitique, il est exceptionnel. Nous ne l'avons pas noté dans les observations que nous rapportons.

D'ailleurs on peut tirer des renseignements intéressants de l'aspect de ce précipité fibrineux qui se fait sous forme de voile mince, ténu, grisâtre et transparent, dans la méningite tuberculeuse. — Dans la méningite syphilitique il est plus épais, crémeux, adhérent aux parois du tube.

3° **Analyse chimique.** — a) *Chlorures.* — Leur recherche, dans le diagnostic entre la méningite tuberculeuse et la méningite syphilitique, ne présente pas grand intérêt. Ils sont notablement diminués dans l'un et l'autre cas.

b) *Albumine.* — L'augmentation de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien est la règle au cours des méningites aiguës, en particulier dans les méningites tuberculeuses.

On la met en évidence en chauffant le liquide acidifié, ou à froid par la réaction à l'acide nitrique. Dans la méningite syphilitique on constate également la présence d'albumine. Voici donc, encore, un signe commun aux deux affections. Pourtant c'est dans cette dernière affection qu'on obtient les quantités d'albumine les plus considérables, et c'est pourquoi, dès 1903, MM. Widal,

Sicard et Ravaut, Guillain et Parant avaient particulièrement insisté sur la valeur de cette recherche.

*Albumino-réaction à l'acide butyrique.* — Plus récemment, Noguchi et Moore ont décrit un procédé pour diagnostiquer, à l'aide de l'acide butyrique, les affections syphilitiques du système nerveux. Cette réaction repose sur ce fait que l'anticorps syphilitique est contenu dans la globuline du liquide céphalo-rachidien. Or, cette globuline est augmentée dans la syphilis, et son augmentation est reconnaissable plus tôt que la présence de l'anticorps, de sorte que l'on possède là un mode d'investigation plus sensible dans certains cas que la réaction de Wassermann.

Pour la pratiquer on mélange 1 ou 2 parties du liquide céphalo-rachidien avec 5 parties d'acide butyrique à 10 pour 100. On chauffe à l'ébullition et l'on ajoute, rapidement, 1 partie de solution normale de soude. On fait bouillir à nouveau. Si la réaction est positive on obtient un précipité granuleux plus ou moins abondant.

C'est là un procédé de diagnostic intéressant, car cette réaction est très sensible et met en évidence une lésion nerveuse syphilitique, dès son apparition.

Elle a été recherchée également dans la méningite tuberculeuse : or elle y est, le plus souvent, négative et, lorsqu'elle est positive, le précipité est toujours moins abondant que dans la syphilis.

4° **Réaction de Wassermann.** — Cette réaction traduit l'existence d'anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'ont montré MM. Levaditi, Ravaut, Yamanouchi, Noguchi et Joltrain.

MM. Marie, Levaditi et Yamanouchi ont trouvé le séro-diagnostic positif dans tous les cas de méningites spécifiques observés par eux.

La réaction de Wassermann doit être recherchée parallèlement dans le sérum du malade. — Elle donne en général des renseignements utiles. On sait, en effet, que lorsqu'il n'existe que des manifestations cutanées, la réaction de Wassermann, positive dans le sérum, est négative dans le liquide céphalo-rachidien, alors même qu'il y a une lymphocytose abondante.

Lorsqu'elle est positive, elle est donc en rapport avec une lésion nerveuse spécifique constituée.

MM. Ravaut, Jackowski et Reichmann ont constaté, entre cette réaction et la réaction albumineuse, un parallélisme presqu'absolu.

Nous avons donc là un élément précieux de diagnostic. Malheureusement il n'est pas rare de voir, chez un syphilitique, aux méninges légèrement touchées déjà par la spécificité, éclater une méningite tuberculeuse, ainsi que l'ont constaté, dans deux observations que nous rapportons, MM. Joltrain et Levi-Frankel (*obs. V et VI, méningites tuberculeuses chez deux syphilitiques avérés avec réactions de Wassermann positives*).

Cette réaction perd donc, ici, toute espèce de valeur ; bien plus, elle peut être, si l'on ne se méfie, une cause nouvelle d'erreur de diagnostic.

Enfin, fait encore plus troublant, Joltrain a signalé quelques cas de réaction de Wassermann positive au cours de méningites tuberculeuses pures.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des cas exceptionnels : une réaction de Wassermann positive, à la fois dans le

sérum et dans le liquide céphalo-rachidien, sera un fort argument en faveur d'une méningite spécifique et commandera, dans tous les cas, le traitement mercuriel.

5° **Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien.** — On sait que cette méthode a pour but de rechercher la différence qui existe entre le point de congélation de ce liquide et celui du sérum sanguin, par rapport à un même dissolvant.

Normalement, le liquide céphalo-rachidien est hypertonique par rapport au sérum sanguin. Il se congèle vers — 0.60 — à 0.70 pour MM. Widal, Sicard et Ravaut, entre — 0.50 et — 0,56 pour MM. Achard, Lœper et Laubry.

Pour tous ces auteurs, dans la méningite tuberculeuse, ce point cryoscopique est abaissé,

Malheureusement cette hypotonie peut se rencontrer dans toutes les méningites aiguës microbiennes et également dans la méningite syphilitique, ainsi que l'ont signalé MM. Widal et Le Sourd.

Cette méthode, outre qu'elle n'est pas très pratique, ne nous donne, par conséquent, aucun renseignement utile pour établir notre diagnostic différentiel ; et, quoi qu'en général le point cryoscopique soit plus abaissé dans la méningite tuberculeuse que dans la méningite spécifique, les résultats obtenus sont trop inconstants pour qu'on puisse leur accorder quelque crédit.

6° **Cytologie du liquide céphalo-rachidien.** — Depuis les premières recherches cytologiques pratiquées sur le liquide céphalo-rachidien, par MM. Widal, Sicard et

Ravaut, on possède, dans cette méthode, un élément capital de diagnostic des divers états méningés.

Au cours des méningites tuberculeuses on rencontre toujours, dans le liquide céphalo-rachidien, même quand il est clair et limpide, de nombreux éléments cellulaires. Le plus souvent on ne trouve que des lymphocytes : la formule cytologique habituelle est donc là, la lymphocytose pure. Pourtant, dans certaines formes, on peut rencontrer, mêlés aux lymphocytes, quelques polynucléaires et quelques cellules endothéliales à contours irréguliers et à noyau volumineux.

Il est exceptionnel que les polynucléaires soient en nombre considérable. Le fait a été signalé, cependant, plusieurs fois par MM. Widal, Sicard et Ravaut. Lutier rapporte cinq cas de méningite tuberculeuse avec polynucléose atteignant 22, 26 et jusqu'à 40 pour 100.

Pour lui, d'ailleurs, le nombre des polynucléaires trouvés à l'examen varie avec la technique employée pour la centrifugation. En centrifugeant le liquide avant la formation du coagulum on trouve, très souvent, des polynucléaires, alors qu'en centrifugeant le liquide séparé du coagulum, on obtient, le plus souvent, une lymphocytose pure.

Quant à interpréter la présence de ces polynucléaires, c'est là un point fort discuté. Pour Bernard (1) elle coïncide avec des infections secondaires.

Pour Lewkowicz (2) elle traduit la présence de lésions caséeuses du système nerveux.

(1) *Lyon médical, 1901.*
(2) *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1901.

Pour d'autres enfin, Concetti en particulier, les polynucléaires apparaîtraient avec les bacilles de Koch ; la lymphocytose, au contraire, traduisant une réaction aux toxines.

Mais « la lymphocytose n'est pas pathognomonique de la méningite tuberculeuse. Le lymphocyte, ainsi que l'a très bien dit M. Widal, n'est pas l'élément caractéristique de la tuberculose. Il transsude en même temps que la sérosité, et vient des gaînes lymphatiques. Sa présence n'est que la manifestation banale d'une irritation subaiguë de la séreuse, insuffisante pour nécessiter la présence des polynucléaires » (Lutier).

Or précisément, dans la méningite syphilitique la formule est « lymphocytose et lymphocytose pure d'un liquide clair et aseptique » (*Observations de Widal et Le Sourd, Sicard et Monod*).

Le nombre des lymphocytes est, dans les deux cas, très variable, sans que l'on puisse dire quelle est de ces deux affections celle qui donne lieu à une lymphocytose plus accentuée. Dans les divers cas de méningite syphilitique que nous rapportons, nous l'avons toujours trouvée très abondante ; mais il est des cas, de même que dans la méningite tuberculeuse, où elle est à peine marquée.

En outre on peut rencontrer, dans la méningite spécifique, de grands éléments particuliers, à noyau volumineux et excentrique « qui, lorsqu'ils sont frais, ont les caractères des plasmazellen, mais sont souvent avariés et difficiles à identifier » (Ravaut). On voit donc que la présence de ces éléments est un symptôme des plus inconstants, sur lequel on n'est pas en droit de compter pour établir un diagnostic certain.

De même que dans la méningite tuberculeuse on peut, dans la syphilitique, trouver parfois de la polynucléose, associée à la lymphocytose, exceptionnellement même dominante, comme dans le cas rapporté par MM. Claisse et Joltrain (Observation IV).

« Les polynucléaires, dans le liquide céphalo-rachidien, viennent par diapédèse des vaisseaux sanguins et traduisent donc un état de congestion vasculaire » (Widal).

Ces réactions du liquide cérébro-spinal ont été également signalées par Ravaut au cours des diverses manifestations nerveuses de l'hérédo-syphilis.

Nous voyons donc que ce précieux élément de diagnostic des réactions méningées qu'est l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, ne peut pas permettre de trancher la question, lorsqu'il s'agit de différencier une méningite syphilitique d'une méningite tuberculeuse identiques, souvent, dans leur allure clinique, chez l'adulte.

7° **Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien.** — Depuis que Lechteim a, le premier, découvert, dans le liquide céphalo-rachidien, le bacille de Koch, sa recherche, couramment pratiquée au cours des méningites tuberculeuses, a donné fréquemment des résultats positifs.

Pourtant les diverses statistiques, publiées à ce sujet, sont des plus variables comme résultats.

Alors que, pour le professeur Hutinel, cet examen est le plus souvent négatif, que, pour Heubner et Stadelmann, le bacille est exceptionnellement rencontré, Brun

prétend l'avoir trouvé 5 fois sur 7 ; Furbringer dans 70 % des cas ; Lechteim presque toujours.

MM. Sicard, Mery et Babonneix l'ont observé souvent. Lutier, dans sa thèse, sur 25 observations, l'a décelé 15 fois, et il prétend qu'on peut le trouver, par une recherche directe attentive, dans plus de la moitié des cas.

Il ne semble pas qu'avec le liquide céphalo-rachidien peu fibrineux et facile à centrifuger, la méthode inoscopique, préconisée par M. Jousset, aide à y retrouver plus facilement le bacille tuberculeux. Il en est de même du procédé à l'antiformine.

Par contre, en prenant certaines précautions dans cette recherche, on obtient un bon pourcentage de résultats positifs atteignant 90 % des cas observés. Il faut, après centrifugation très rapide de 3 à 4 centimètres cubes de liquide, étaler tout le culot sur une seule lame en prenant soin, pour prélever ce culot, de retourner son tube la pointe en l'air et d'user d'une pipette effilée à la flamme, de manière à rendre son extrémité capillaire.

La centrifugation rapide évite la formation du coagulum. La technique que nous indiquons, préconisée par M. Widal, permet aux dernières gouttes de liquide restant au fond du tube de s'écouler le long de ses parois, et évite ainsi une dilatation trop grande du culot.

Ces précautions étant prises, tout le culot étalé sur la lame, on colore à froid, au Ziehl, pendant vingt minutes, pour colorer ensuite à chaud, selon la méthode habituelle, jusqu'à l'apparition des vapeurs.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt considérable que présente la découverte de bacilles de Koch dans le

liquide céphalo-rachidien. Coïncidant avec un syndrome méningé, elle établit, de façon indiscutable, le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Malheureusement nous avons vu qu'elle n'est pas constante ; il n'est pas rare que les recherches les plus soigneusement pratiquées restent négatives.

L'ensemencement du liquide et la culture du bacille sur gélose glycérinée, pomme de terre glycérinée ou sang gélosé, donnent des résultats trop tardifs pour qu'il soit permis de compter sur eux.

Il en est de même de l'inoculation faite au cobaye, soit dans la cavité péritonéale, soit sous la peau ou dans la mamelle. La nécessité d'attendre 5 à 6 semaines pour avoir, chez l'animal, des réactions concluantes ne permet pas l'utilisation pratique de cette méthode, en clinique.

*En résumé.* — Si la présence du bacille de Koch, dans le liquide céphalo-rachidien, au cours d'un état méningé, établit de façon péremptoire le diagnostic de méningite tuberculeuse, son absence ne prouve, en aucune façon, qu'on doive écarter ce diagnostic.

Dans la syphilis peut-on compter sur les recherches bactériologiques pratiquées sur le liquide céphalo-rachidien ?

Jusqu'ici toutes les recherches faites à ce sujet sont restées négatives. Nous ne citerons que pour mémoire les résultats positifs, dans la recherche du tréponème dans le liquide, obtenus par Schridds, Gaucher et Merle, Leray et Paillard.

Il résulte donc de ces faits que l'examen bactériologique du liquide cérébro-spinal peut encore laisser subsister, dans certains cas, un doute, pour le diagnostic

entre la méningite tuberculeuse et la méningite syphilitique. Nous avons pourtant là, dans nombre de cas, la preuve indéniable de la nature bacillaire du processus en cours, lorsqu'on trouve le bacille de Koch. Or, nous avons vu qu'en prenant certaines précautions, la recherche de ce bacille est, très souvent, positive dans la méningite tuberculeuse. Son absence devra donc faire soupçonner, si non diagnostiquer, la méningite syphilitique, et, s'il n'y a pas moyen, par une autre méthode, d'en prouver la nature, elle autorisera toujours l'institution du traitement spécifique.

### II. — **Recherche des précipitines.**

Le procédé de la précipito-réaction a été tenté par MM. Vurien et J. Combes (*Société de Biologie*, 18 décembre 1909) dans le diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Ces auteurs emploient, comme précipitine, le liquide céphalo-rachidien. Le procédé est le suivant : on mélange une goutte de tuberculine brute avec 6 gouttes de liquide cérébro-spinal ; on met à l'étuve à 37°. Si la réaction est positive il se produit un précipité entre 10 et 12 heures. Malheureusement cette réaction à la tuberculine a été trouvée positive chez des syphilitiques et des typhoïdiques, ainsi que l'ont signalé MM. Besançon et Philibert.

En matière de syphilis, les essais qui ont été faits en vue de rechercher les précipitines dans le liquide céphalo-rachidien en employant, à cet effet, des sérums de syphilitiques à la période secondaire, présentant une

réaction de Wassermann nettement positive, n'ont pas été, jusqu'ici, couronnés de succès.

On sait que, pour la recherche des précipitines, le principe fondamental est de n'employer que des sérums agglutinants. Or, d'après la thèse de Touraine, le sérum des syphilitiques secondaires est susceptible, habituellement, de produire des agglutinations, bien que ce phénomène soit difficile à rechercher. Il semblait donc, a priori, que les expériences signalées et que nous avons renouvelées chez une de nos malades (obs. III), auraient dû réussir, si le liquide céphalo-rachidien contenait des précipitines syphilitiques analogues à à celles que l'on trouve dans la méningite cérébro-spinale, par exemple.

On a essayé de rechercher les précipitines avec de la lécitine à 1 °/₀, en mettant quantité égale de liquide céphalo-rachidien. Il se produirait, pour Forges et Meyer, en cas de méningite syphilitique, un précipité analogue à celui qui se forme dans le sérum.

### III. — **Recherches des agglutinines.**

On sait, depuis quelques années, qu'au cours de certaines maladies infectieuses frappant les méninges, il peut y avoir passage d'agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il semble apporter la démonstration d'une lésion manifeste des méninges ; ce passage, en effet, ne se produisant jamais dans les cas où la perméabilité méningée n'est pas troublée.

Cette question a été particulièrement étudiée pour la fièvre typhoïde. MM. Widal et Sicard (1) ont, en effet, établi que, même en cas de pouvoir agglutinant très marqué du sérum sanguin, le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas d'agglutinines.

D'autre part, MM. Claret et Lyon-Caen (2), Bergé et Weissenbach (3), Lemière et Joltrain (4) ont montré que, dans des cas de méningites typhiques, le liquide céphalo-rachidien possédait un pouvoir agglutinant manifeste, quoique inférieur à celui du sérum.

La réaction de fixation s'était montrée, dans ces cas, positive, prouvant l'existence d'une sensibilisatrice apparaissant, même dans le liquide, avant la réaction agglutinante et persistant après sa disparition.

La réaction de Wassermann s'étant montrée positive, dans la plupart des méningites syphilitiques, il était naturel de rechercher, dans ces mêmes cas, si le liquide céphalo-rachidien était susceptible de produire des agglutinations de tréponèmes.

Sur cinq cas publiés, à ce sujet, par Touraine, dans sa thèse, aucun n'a donné d'agglutination, même après un long temps d'observation et dans des préparations où les tréponèmes étaient en grand nombre.

Les essais d'agglutination pratiquées sur les cultures,

(1) Widal et Sicard. Etude sur le séro-diagnostic et la réaction agglutinante chez les typhiques. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.

(2) Claret et Lyon-Caen. Les méningites typhiques. *Gazette des Hôpitaux*, 1910, p. 709.

(3) Bebgé et Weissenbach. Méningite cérébro-spinale éberthienne. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1911, t. II, p. 279.

(4) Lemière et Joltrain. Méningite purulente éberthienne. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, nov. 1912.

par Noguchi, bien que paraissant positifs, ne permettent pas encore d'apporter une conclusion ferme ; mais lorsqu'on pourra se procurer facilement des cultures pures de tréponèmes, il nous semble que ce serait là une recherche à effectuer susceptible de donner les renseignements les plus utiles au diagnostic différentiel.

Dans la tuberculose, alors que les épanchements pleuraux et péritonéaux donnent, le plus souvent, des réactions positives (quand on emploie la méthode d'Arloing et Courmont, avec toutes les précautions qu'elle nécessite), le liquide céphalo-rachidien, au cours des méningites tuberculeuses à longue évolution, donne, presque toujours, des résultats négatifs. « Il semble donc que la séro-réaction tuberculeuse ne peut pas être d'un grand secours dans le diagnostic des méningites. » (P. Courmont).

### IV. — **Cuti-réactions**

Sans vouloir revenir sur la question, encore si discutée, des cuti-réactions dans la tuberculine, il ne semble pas que cette méthode soit susceptible de fournir des renseignements très utiles pour le diagnostic différentiel qui nous intéresse.

Une intradermo-réaction à la tuberculine positive sera seulement un argument de plus en faveur de la nature tuberculeuse de la méningite. Mais il faut se rappeler combien la tuberculose latente est fréquente, combien l'intradermo-réaction est sensible et que rien, souvent, ne prouve, ni au point de vue clinique, ni au point de vue des réactions humorales, qu'un malade qui

a une méningite syphilitique, par exemple, n'est pas en même temps un tuberculeux latent, cicatrisé ou guéri.

Dans ces derniers temps on a beaucoup parlé d'une nouvelle méthode de séro-diagnostic de la syphilis, en employant une émulsion de cultures de tréponèmes tués par la chaleur et l'acide phénique qu'on appelle la *luétine*. H. Noguchi a obtenu des cultures pures de tréponèmes pâles en ensemençant des produits de raclage de chancres syphilitiques sur des milieux anaérobies constitués par un fragment de placenta humain, ou de rein de cobaye stériles, surmontés d'une colonne d'un mélange d'ascite et de gélose et bouchés par de la paraffine liquide.

C'est en employant un certain nombre de cultures chauffées à 60 degrés, pendant 60 minutes au bain marie, et additionnées de 0,05 °/₀ d'acide phénique qu'il a obtenu la *luétine*.

Le procédé est des plus simples, et il suffit de faire un mélange, à parties égales, de luétine et d'eau chlorurée physiologique, d'en inoculer sept dixièmes de centimètre cube, directement dans le derme, jusqu'à ce que se forme une papule blanchâtre qui disparaît bientôt. La réaction à la luétine est toujours négative, chez les individus indemnes de syphilis, c'est-à-dire que, deux jours après l'inoculation, il ne reste plus aucune trace de cette dernière.

Lorsque la réaction est, au contraire, positive, on voit apparaître, de 36 à 48 heures après, une tache rouge, tantôt une véritable papule de trois ou quatre millimètres de diamètre, entourée d'une zone rouge où apparaissent comme de petites télangiectasies. La couleur de cette

papule est rouge, puis violacée et disparaît graduellement.

L'induration persiste encore, pendant un certain temps. Enfin, dans d'autres cas, on observe, au centre de la papule, une petite vésicule semblant résulter comme d'un ramollissement du centre, contenant un liquide semi-opaque, plus rarement purulent, sans aucun germe et disparaissant, le plus souvent, assez rapidement.

A la période primaire et secondaire, cette réaction, à la luétine est, le plus souvent, négative. Au contraire, dans les syphilis tertiaires, elle est toujours positive. Elle serait donc capable de donner des renseignements très importants dans les cas de syphilis tertiaires et de syphilis latentes.

Ces résultats nous ont engagé à rechercher cette réaction dans notre cas n° III, — de la luétine nous ayant été fournie par M. le docteur Joltrain. — Le résultat fut négatif, bien que la réaction de Wassermann ait été positive dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans certains cas de syphilis nerveuse, la luétine réaction n'a pas donné de résultats positifs. Il semble donc, qu'en pareille matière, cette cuti-réaction ne peut donner de résultat capital, au point de vue du diagnostic différentiel, que si elle se montre nettement positive.

C'est, en tous cas, une méthode simple, qui ne fait courir au malade aucun risque et qu'il peut être utile d'employer, en cas de doute.

## CHAPITRE III

### Anatomie pathologique.

Sans vouloir entrer dans le détail des caractères anatomo-pathologiques de la méningite tuberculeuse et de la méningite syphilitique qui, — lorsqu'on en lit des descriptions complètes, paraissent très différentes les uns des autres — nous allons rapidement passer en revue ce qui constitue leurs caractères communs, explique comment les symptômes peuvent être identiques dans les deux cas, et nous verrons, enfin, quels sont les caractères histologiques certains sur lesquels il est possible de faire un diagnostic précis.

Dans la méningite tuberculeuse commune, après avoir enlevé la calotte crânienne, on voit l'encéphale sillonné de veines dilatées, recouvert par une pie-mère épaissie, grisâtre, œdémateuse, masquant, en partie, les détails de sa surface. Le cerveau semble plus mou et plus infiltré, sa base baigne dans un liquide séro-purulent et est tapissée de membranes. Les lésions prédominent à la partie inférieure, au niveau de l'espace interpédonculaire, entre le chiasma des nerfs optiques et la protubérance, à la naissance des deux scissures de Sylvius.

Les confluents sous-arachnoïdiens sont distendus, les

nerfs et les vaisseaux sont engainés par un exsudat fibrineux.

Les sillons sont comblés, effacés ; le centre de l'encéphale est ramolli et diffluent ; les ventricules sont dilatés, leur surface est fréquemment ramollie, imprégnée de liquide, tendant à se fissurer et même à s'arracher par lambeaux.

On note souvent des hémorragies macroscopiques, surtout à la partie supérieure des ventricules, au voisinage des cornes et des replis, donnant l'aspect d'un piqueté ecchymotique.

Parfois la surface est légèrement granuleuse et un peu chagrinée.

Le cervelet présente des lésions analogues au cerveau ; sa face supérieure est accolée à la face inférieure des lobes occipitaux.

A la surface du bulbe, l'exsudation, moins marquée, se localise autour des vaisseaux qu'elle entoure d'une gaîne blanchâtre. La moelle paraît intacte.

Ces altérations sont complexes : produits inflammatoires de natures diverses, exsudats séreux, fibrineux ou purulents, hydrocéphalie ventriculaire, congestion, œdème, épaississement inflammatoire de la pie-mère, atteinte des plexus choroïdes, altération de l'encéphale. Ces différentes lésions s'associent et se combinent de telle sorte qu'elles varient suivant les sujets et jusqu'ici rien, dans cette description, lorsqu'il n'y a ni granulations, ni tubercules proprement dits, ne révèle, de manière certaine, la tuberculose.

Dans les méningites aiguës syphilitiques, qui ont été moins bien étudiées parce qu'il est rare qu'elles abou-

tissent à la mort, on a noté cependant des lésions en tout analogues. Le cerveau est aussi recouvert d'un exsudat d'aspect gélatineux. Il y a de petites hémorragies et de la péri-vascularite.

L'épendymite syphilitique, surtout hérédo-syphilitique, produit l'hydrocéphalie, comme la tuberculeuse. Enfin l'on rencontre, dans les méningites syphilitiques aiguës, les mêmes lésions se localisant autour des vaisseaux, engaînés, comme les nerfs, d'un exsudat fibrineux.

On comprend donc facilement, par ces lésions communes, comment les symptômes peuvent se superposer dans ces deux affections.

En plus, l'on sait combien sont fréquentes les tuberculoses inflammatoires qui ne se traduisent que par un exsudat commun, des altérations non spécifiques de l'encéphale et de l'hydrocéphalie ventriculaire, sans granulations ni tubercules.

Il est évident que l'examen direct, lorsqu'il montre des granulations aux divers stades de leur développement, s'échelonnant le long des vaisseaux, en forme de chapelet ou en grappes, permet de porter un diagnostic certain. Mais en réalité, comme l'ont montré Perin (*Archives générales de médecine*, 1898) et Armand Delille (*Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse*, thèse de Paris, 1903), les granulations tuberculeuses typiques ne sont pas aussi nombreuses que l'examen macroscopique pourrait le faire supposer. La plupart des inflammations nodulaires, que l'on trouve le long des vaisseaux, peuvent simuler les granulations, sans en avoir les caractères.

Or, l'on sait, qu'au cours de méningites syphilitiques, des productions analogues peuvent se montrer.

C'est donc par l'étude de la structure intime de la granulation méningée que l'on pourra faire le diagnostic : centre nécrosé où l'on découvre le bacille de Koch, zone moyenne de grands éléments mononucléaires, cellules épithélioïdes et, parfois même, cellules géantes, zone périphérique d'éléments mononucléaires et de lymphocytes, dans la tuberculose.

L'épendymite tuberculeuse présente, elle aussi, deux variétés : l'une typique, relativement plus rare, avec placards véruqueux ; l'autre, non typique, caractérisée par des amas inflammatoires, sous-épendymaires sans cellules géantes.

La desquamation épithéliale est fréquente ; la névroglie, constituant la limite des ventricules, est elle-même souvent œdématiée et vacuolaire. A la surface de l'épithélium, on voit des cellules épithéliales altérées ; les végétations épithéliales s'observent également, sans caractères précis.

Dans la zone sous-épendymaire les hémorragies, la gaînite périvasculaire, sont assez fréquentes ; les réactions cellulaires diffuses sont moins marquées que dans les cas aigus ; les amas cellulaires circonscrits sont surtout importants et donnent à cette épendymite des caractères particuliers qui permettent le diagnostic histologique.

L'épendymite syphilitique, qu'il faut examiner en regard de la précédente, est une des formes qui a été le plus nettement spécifiée par les auteurs. Ravaut et Parcelle ont décrit, dans le protoplasma et le noyau des

cellules, le tréponème de Schaudinn, mais leur interprétation a été contestée.

Cependant MM. Gaucher et Merle ont signalé, chez un syphilitique mort à la suite d'un ictus apoplectiforme, la présence de tréponèmes dans le liquide ventriculaire.

Parmi les lésions de cette épendymite syphilitique, la gaînite à lymphocytes des vaisseaux sous-épendimaires, paraît jouer un rôle important.

Dans les cas de méningite tuberculeuse, nous avons vu les rapports intimes qui existent entre l'encéphale et la moelle, expliquant la propagation de cette méningite au canal rachidien. Les altérations des méninges spinales, apparaissant sous forme de péri et d'endovascularite et de lepto-méningomyélite, peuvent se retrouver aussi bien dans la méningite syphilitique. Tinel a décrit, dans la méningite tuberculeuse, des lésions des cordons postérieurs, analogues à celles du tabès, et consécutives à des lésions des racines rachidiennes.

Si, dans certains tabès, la paralysie des nerfs crâniens est due, comme la montré Vincent, à la présence, sur le trajet du nerf, d'un foyer de névrite radiculaire transverse, elle-même liée à l'existence d'une méningite diffuse, Césari a noté, dans la tuberculose, de véritables névrites et la possibilité d'une dégénérescence diffuse, non systématisée, marginale, à la périphérie de la moelle, comme si celle-ci avait été imprégnée par une substance toxique.

Les lésions des nerfs de la base du cerveau sont identiques à celles des racines rachidiennes et semblables dans la tuberculose et dans la syphilis.

De même la symphyse des gaînes optiques, la névrite interstitielle du nerf optique, se peuvent voir dans la tuberculose, en tout analogues aux lésions rencontrées dans le tabès.

Enfin l'hémorragie méningée, qui se traduit objectivement par la coloration jaune du liquide céphalo-rachidien, plus rarement à l'autopsie par la présence de caillots sanguins à la surface du cerveau, est couramment citée, dans les traités classiques, comme complication possible de la méningite tuberculeuse.

Mais, ici encore, ce n'est pas un caractère typique, puisque, comme nous l'avons vu dans l'observation I, on peut noter une hémorragie méningée au cours de la méningite syphilitique aiguë ; et l'on sait que la syphilis entre pour une large part dans la pathogénie de ces hémorragies, fait d'ailleurs encore prouvé par la fréquence d'une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades.

En résumé, si, dans les méningites syphilitiques aiguës, l'artérite paraît prédominante, il n'existe pas, en matière de syphilis, de caractère vraiment spécifique. Dans la méningite tuberculeuse, lorsqu'on ne se trouve pas placé en face de granulations ou de tubercules typiques — ce qui cependant est la règle — les simples lésions inflammatoires banales, non seulement expliquent les caractères communs avec la précédente, mais encore rendent, au point de vue anatomo pathologique, le diagnostic assez difficile.

# OBSERVATIONS

**Observation I.** — *Méningite syphilitique aiguë* (Lariboisière, service de M. le Dr Launois, salle Bouley, n° 2).

H..., Georges, 21 ans, est amené à l'hôpital parce qu'il a été pris, pendant son travail, de tremblements et de vertige suivis de syncope.

A son entrée dans la salle, il est encore très shocké et ne répond que difficilement aux questions. Pourtant il se plaint de céphalée vive, de rachialgie et dit avoir vomi les jours précédents.

La raideur de la nuque attire de suite l'attention. Le malade est couché sur le dos, raide, contracturé ; le signe de Kernig est très accusé.

L'abdomen est rétracté, en bateau ; la palpation, même légère, en est très douloureuse. L'hyperesthésie est, d'ailleurs, généralisée.

Pendant qu'on l'examine, le malade vomit par deux fois. Ce sont des vomissements bilieux, faciles, spontanés, en fusée, présentant le type de vomissements cérébraux. La constipation est opiniâtre.

Les pupilles sont manifestement inégales avec conservation des réflexes à la lumière et à l'accommodation. La photophobie est très accusée ; la pression des globes oculaires très douloureuse. On note du strabisme intense, du côté droit, et de la diplopie.

Le faciès est rouge, congestionné, sans alternatives de rougeur et de pâleur ; raie méningitique peu nette Il existe, au niveau du cou, des cicatrices déprimées et adhérentes d'anciennes fistules ganglionnaires.

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles sibilants du côté droit, avec submatité légère et expiration prolongée au sommet.

Le cœur, le foie et la rate sont normaux.

Température : 38°5, avec pouls battant à 90.

Urines rares, légèrement albumineuses.

Le trépied méningitique des plus nets présenté par le malade amaigri, porteur de cicatrices d'adénites cervicales anciennes, fait penser, de suite, à une méningite tuberculeuse.

On pratique une ponction lombaire, dans la position assise, opération difficile, le malade étant très contracturé, même avec un certain degré d'opisthotonos. On le soulève d'une seule pièce.

Du canal rachidien, ponctionné au niveau du 5e espace, sort un liquide franchement hémorragique, hypertendu, de coloration uniforme dans trois tubes à centrifuger recueillis consécutivement.

*Centrifugation.* — Culot hématique abondant.

Le liquide surnageant est franchement jaune, sans coagulum fibrineux.

*Examen cytologique.* — Globules rouges en grande quantité.

Lymphocytes assez abondants. Quelques polynucléaires.

Dans la journée, le malade se plaint beaucoup de la tête et des reins. Il pousse des gémissements continus, entrecoupés de quelques cris.

La nuit est mauvaise et agitée.

*Le 9 août.* — Le malade est plus calme et répond mieux. La céphalée et la rachialgie sont toujours très vives, les contractures très accusées, le signe de Kernig des plus nets.

Les vomissements persistent.

Température : 37°7. Pouls : 100.

*Antécédents héréditaires.* — Interrogé sur ses antécédents, le malade nous apprend qu'il a perdu une sœur de 18 ans, de tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte d'une tumeur abdominale, son père accidentellement.

*Antécédents personnels.* — Personnellement il a eu la rougeole à 3 ans ; à 12 ans un zona intercostal. Il a été victime ensuite de deux accidents : fracture de jambe, et écrasement de deux doigts de la main droite.

A 15 ans, il a présenté des adénites cervicales qui ont suppuré pendant plus d'un an. Nous avons vu qu'il persiste, à ce niveau, des cicatrices, restes d'anciennes fistules.

Depuis quelque temps il a beaucoup maigri et il est souffrant depuis un mois Il est déjà venu à la consultation externe pour une rachialgie tenace.

Il y a 15 jours sont apparus de violents maux de tête, s'exagérant la nuit ; l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, vers minuit, cette céphalée a pris une acuité extrême, Les vomissements ont débuté alors, répétés, en fusée, d'abord alimentaires, puis bilieux.

Le lendemain, H... resta alité, mais le surlendemain, 8 août, se sentant un peu mieux, il se rendit à son travail. C'est alors que se produisit la syncope qui l'amena à l'hôpital.

Ces renseignements confirment le diagnostic de méningite tuberculeuse.

*Le 10 août.* — Apparition d'une plaque d'herpès au niveau de la lèvre supérieure. On tente une ponction lombaire, mais la contracture musculaire la rend impossible.

*Le 12 août.* — Nouvelle ponction lombaire. Position assise. On pénètre dans le 3e espace.

Le liquide, très hypertendu, coule en jet. Il est encore hémorragique, de coloration uniforme dans les trois tubes, mais nettement moins teinté que la première fois.

On pratique de suite, étant donnée l'apparition de l'herpès, une injection intra-rachidienne de 30 cent. cubes de sérum antiméningococcique.

*Examen du liquide.* — Culot hématique moins abondant.

Liquide surnageant : ambré. Pas de coagulum.

*Cytologie.* — Globules rouges abondants. Nombreux lymphocytes.

Pas de microorganismes : pas de méningocoques en particulier.

Coloration au Ziehl : pas de bacilles de Koch.

Le soir, la température tombe à 37°3. Pouls : 92.

La céphalée est toujours vive, la rachialgie aussi.

Les vomissements ont cessé.

Les jours suivants l'état reste stationnaire, la température oscillant entre 37°5 et 38°5.

La raideur de la nuque, le Kernig persistent.

Les signes de Brudzinski et de Guillain sont négatifs, le réflexe de Babinski en flexion.

L'inégalité pupillaire est toujours apparente ; avec mydriase bilatérale.

*Le 19 août.* — On pratique une nouvelle ponction lombaire. Position assise, 5e espace.

Liquide toujours hypertendu, coule en jet.

Il n'est plus hémorragique, mais seulement légèrement ambré.

Albumine en quantité à l'acide azotique.

*Cytologie.* — Lymphocytose très abondante.

On ne trouve pas de bacille de Koch et l'on inocule deux cobayes (5 cc. de liquide dans le péritoine).

*La réaction de Wassermann, pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien, est nettement positive.*

*Même résultat positif de cette réaction avec le sérum.*

*Le 21 août.* — On institue le traitement mercuriel : injections quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure intraveineux.

*Le 24 août.* — L'état s'améliore très nettement.

La céphalée a presque entièrement disparu, seule persiste une légère rachialgie.

Le sommeil est excellent.

Mais le signe de Kernig est toujours très accusé. On note une légère contracture musculaire généralisée.

Du côté des yeux les pupilles sont largement dilatées, encore légèrement inégales.

Le malade s'alimente et ne vomit plus.

*Le 5 septembre.* — Le mieux persiste.

Nouvelle ponction lombaire (position assise, 5e espace).

Toute trace d'hémorragie méningée a disparu.

Le liquide sort goutte à goutte, clair et limpide. Pas de coagulum. Léger disque albumineux avec l'acide azotique.

*Cytologie.* — Lymphocytose encore abondante. Environ 20 lymphocytes par champ.

*Le 15 septembre.* — Depuis le malade s'est très amélioré ; l'état général est excellent. Il marche, circule sans aucune gêne.

Plus de céphalée ni de rachialgie.

L'appétit est très bon, les vomissements n'ont plus reparu.

Les selles sont normales.

Les symptômes oculaires ont disparu : il n'y a plus ni inégalité pupillaire, ni strabisme.

Seule persiste une certaine raideur de la région lombaire et des membres inférieurs qui donnent à H... une démarche un peu particulière. Il n'en est pourtant pas incommodé puisqu'il demande avec insistance à sortir de l'hôpital.

Le Kernig existe toujours, un peu moins accusé cependant. La température oscille entre 36 et 37, le pouls, régulier, bat à 88.

Nouvelle ponction lombaire : la lymphocytose a bien diminué. On ne compte plus que 8 lymphocytes par champ.

*Le 18 septembre.* — On sacrifie les deux cobayes inoculés il y a un mois avec le liquide céphalo-rachidien : ils ne présentent, ni l'un ni l'autre, aucune lésion tuberculeuse.

*Le 23 septembre.* — Le malade sort de l'hôpital avec un très bon état général. Il ne présente plus aucun symptôme de réaction méningée, sauf un très léger Kernig persistant.

Observation II. — *Méningite syphilitique aiguë* (service de M. le Dr Launois).

C..., Cléo, âgée de 22 ans, entre à Lariboisière le 26 juillet 1913, dans un service de chirurgie pour vomissements accompagnés de température à 39° faisant craindre une péritonite.

Mais la malade se plaignant beaucoup de la tête et ne présentant aucun symptôme abdominal, on la fait passer le 28 dans le service de M. le Dr Launois, salle Trousseau, n° 5.

A son entrée, la malade présente une vive céphalée accompagnée de vomissements, de rachialgie et d'une constipation opiniâtre depuis quelques jours.

Ces symptômes de réaction méningée des plus nets se sont installés peu à peu. La malade, très prostrée, peut donner cependant quelques renseignements sur son état. Elle nous apprend

qu'elle est souffrante depuis un mois déjà. Depuis cette époque, elle se plaint de maux de tête opiniâtres, que ne parviennent pas à calmer les nombreux et divers médicaments qu'elle absorbe pour se soulager. En même temps elle s'est mise à vomir, mettant sur le compte des cachets ingérés, ses vomissements répétés. L'état général est devenu mauvais : amaigrissement considérable, anémie, et courbature généralisée. En même temps la malade s'est très bien rendue compte, elle-même, que son caractère changeait beaucoup : gaie et enjouée auparavant, elle est devenue irritable, triste et recherche la solitude.

Son état s'exagérant ces jours derniers, la céphalée devenant plus vive et les vomissements plus fréquents, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Elle présente un trépied méningitique des plus caractérisés.

La céphalée s'accompagne de raideur de la nuque et de rachialgie. Le signe de Kernig est très accusé.

Les signes de Brudzinski et de Guillain sont négatifs. Le réflexe de Babinski se fait en flexion des deux côtés.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Du côté des yeux, on est frappé, au premier examen, par un strabisme très nettement accusé. C'est un strabisme interne du côté droit. De ce côté, le regard en dehors est impossible à obtenir. Ce strabisme s'accompagne de diplopie.

Les pupilles sont inégales, la gauche plus dilatée que la droite. Elles réagissent, toutes deux, à la lumière et à l'accommodation ; le signe d'Argyl Robertson est donc négatif.

Il n'y a pas de nystagmus, mais photophobie et douleur à la pression des globes oculaires.

Pas de troubles vaso-moteurs : la raie méningitique est peu nette.

L'abdomen est légèrement retracté, peu douloureux à la palpation. On ne note pas d'hyperesthésie.

Rien à l'examen méthodique des poumons et du cœur.

La température est à 38° avec un pouls battant à 120, légèrement arythmique et faiblement dépressible.

En présence de ce syndrome méningé, on cherche à obtenir

quelques renseignements sur les antécédents de la malade ; on les obtient difficilement, car l'examen l'a fatiguée et elle est dans un état de prostration très accusé.

Elle nous apprend, pourtant, que sa mère jouit d'une santé parfaite. Son père est mort accidentellement. Elle a une sœur bien portante également.

Personnellement elle eut la variole à 3 ans ; elle présente en effet quelques petites cicatrices déprimées, caractéristiques, au niveau des membres inférieurs Depuis, elle ne fit jamais de maladie grave. Des angines fréquentes l'amenèrent seulement à se faire enlever les amygdales, il y a un an.

Ces renseignements nous éclairent donc peu sur l'étiologie du syndrome méningé observé. Pourtant, la température peu élevée, les caractères du pouls, les signes oculaires, les prodromes présentés, depuis un mois déjà, font soupçonner, de suite, une méningite tuberculeuse.

Le lendemain, 29, on pratique une ponction lombaire. Position assise. 5e espace.

Le liquide céphalo-rachidien, très hypertendu, sort en jet, clair et limpide. Pas de coagulum fibrineux.

*Cytologie.* — Lymphocytose pure, très abondante.

Les lymphocytes se touchent presque les uns les autres.

Pas de micro-organisme.

Pas de bacille de Koch par le Ziehl.

*Réactions chimiques.* — Anneau albumineux abondant par acide azotique. Albumine par la chaleur.

Légère réduction de la liqueur de Fehling.

Point cyroscopique : — 0,52.

On inocule deux cobayes : injection intra-péritonéale de 10 cc. de liquide céphalo rachidien.

Le 30 *juillet.* — On obtient de la malade, un peu plus lucide, quelques renseignements complémentaires sur ses antécédents. Elle nous apprend qu'au mois de mars, elle a été soignée, à Nancy, pour une érupton cutanée accompagnée de céphalée. On lui fit à cette époque une série d'injections mercurielles.

On institue donc le traitement spécifique, et l'on commence des injections intramusculaires de 1 cent. cube de benzoate de mercure.

Le 2 *août*. — L'état s'est manifestement amélioré.

La malade fait preuve d'une lucidité complète et répond très aisément aux diverses questions qu'on lui pose. Elle dit avoir maigri beaucoup depuis un mois, et être tombée de 69 à 57 kilos.

Il existe toujours de la diplopie.

La céphalée est moins vive. Le Kernig toujours très net. Il n'y a plus de vomissements

La température est toujours à 38°, avec 100 pulsations.

Le 5 *août*. — Etat général sensiblement le même.

Mais le strabisme a disparu, en même temps que la diplopie.

Temp. : 37° et 37°7. Pouls : 114.

Le 7 *août*. — La malade semble un peu moins lucide que la veille.

Cependant la céphalée est moins vive, de même que la rachialgie. La malade s'asseoit seule sur son lit, mais en même temps les membres inférieurs se fléchissent, et il est impossible de les ramener à l'extension.

Pourtant le strabisme a réapparu, ainsi que la diplopie ; la lecture est rendue impossible de ce fait.

Légère douleur à la pression du globe oculaire.

On pratique une nouvelle ponction lombaire. Position assise. 5e espace.

Liquide hypertendu sort en jet, clair, limpide Pas de coagulum fibrineux.

*Examen cytologique*. — Lymphocytose pure toujours abondante. Gros anneau d'albumine.

On ne trouve toujours pas de bacille de Koch.

Le 8 *août*. — On note plus de lucidité, la malade cause très bien. Pourtant la céphalée persiste.

Elle accuse en outre des nausées n'allant pas jusqu'au vomissement.

Il n'y a plus de diplopie, ni de strabisme, ni d'inégalité pupillaire.

Temp. : 37°2. Pouls : 100.

Le 9 *août*. — La nuit a été mauvaise, la céphalée a augmenté

d'intensité. Deux vomissements bilieux. Temp. : 37°3. Pouls : 110, faible mais régulier. Malgré cela, lucidité parfaite. La malade répond bien aux questions, mais elle parle très lentement.

*Le 12 août.* — Céphalée moins vive. Il n'y a pas eu de vomissements.

Le pouls est mieux frappé, battant à 120 avec 38° de température.

*Ponction lombaire.* — Il n'y a plus d'hypertension, le liquide s'écoule goutte à goutte.

Mêmes résultats cytologiques que précédemment. La lymphocytose est moins abondante cependant.

Toujours pas de coagulum fibrineux, ni de bacille de Koch.

*Le 13 août.* — L'état s'améliore manifestement. Lucidité complète La malade se dit guérie et demande à se lever.

La céphalée a disparu. Il n'existe plus aucun symptôme oculaire.

Plus de raideur de la nuque ; mais seulement persistance de Kernig que la malade tente elle-même de réduire. Elle ne vomit plus.

Pouls : 82. Température : 37° le matin, 37°8 le soir. Cet état persiste les jours suivants

*Le 18 août.* — La malade se lève quelques heures et se trouve très bien.

L'appétit est excellent. La céphalée a disparu. Seul persiste un léger Kernig.

Température : 37°, 37°5. Pouls : 90.

*Le 25 août.* — A la suite d'une sortie un peu longue dans le jardin de l'hôpital, la température monte le soir à 38°.

*Le 26 août.* — Nouvelle ponction lombaire.

Même résultat que la fois précédente.

Le liquide sort goutte à goutte, clair et limpide. Lymphocytose moyenne.

*La réaction de Wassermann est nettement positive dans le liquide céphalo rachidien et dans le sérum.*

Recherche du bacille de Koch négative.

Le traitement spécifique interrompu pendant 15 jours est repris : injections journalières de 1 cent. cube de benzoate de mercure intramusculaires.

*Le 2 septembre.* — De nouveau, depuis quelques jours, la malade se plaint de céphalée légère et en même temps de surdité du côté droit.

La température a tendance à monter le soir au-dessus de 38°.

*Le 3 septembre.* — Ponction lombaire.

Pas d'hypertension. Liquide clair sans coagulum fibrineux.

Lymphocytose assez intense.

Recherche du bacille de Koch toujours négative.

*Le 5 septembre.* — Etat identique.

Légère céphalée. Mais il n'y a plus de vomissements. La malade se lève, circule, s'alimente très bien et dort de même.

Le Kernig persiste encore, mais a beaucoup diminué. Il n'y a plus d'inégalité pupillaire, plus de strabisme ni de diplopie.

Température : 37° et 38°. Pouls : 100.

*Le 10 septembre.* — Pendant la nuit la céphalée augmente ; un vomissement alimentaire.

Le matin, la malade se sent bien, s'alimente. Température : 37°. Pouls : 100.

*Le 11 septembre.* — Trois vomissements biliaires dans la nuit. Cependant la céphalée est à peine marquée le matin ; la malade s'alimente sans vomir.

Il n'y a plus de troubles oculaires.

On reprend le traitement spécifique interrompu depuis 13 jours : injections intra-musculaires journalières de 1 centimètre cube de benzoate de mercure.

*Le 16 septembre.* — L'état s'est bien amélioré.

Il n'y a plus ni céphalée, ni vomissements.

La malade se lève, lit sans aucune gêne, cause, s'amuse avec ses voisines et se montre très gaie.

Plus de troubles oculaires.

Kernig à peine marqué.

La température n'atteint plus 38°. Le pouls oscille entre 100 et 110, bien frappé et régulier.

*Le 23 septembre.* — La malade se sentant très bien demande à quitter l'hôpital. Mais on lui conseille de rester encore quelque temps.

*Le 26 septembre.* — La température monte le soir à 40,2, après s'être élevée progressivement les jours précédents.

Dans la nuit un vomissement bilieux. La céphalée est très peu accusée.

La langue est saburrale ; on note un léger ballonnement du ventre.

La rate est percutable sur 4 travers de doigt. Pas de troubles oculaires, ni raideur de la nuque ; le signe de Kernig n'a pas augmenté.

Les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses.

Les jours suivants, la température s'installe en plateau à 40°.

La malade étant couchée à côté d'une autre, atteinte de fièvre typhoïde, on pense à une dothiénentérie et l'on pratique le séro-diagnostic. Il est négatif.

*Le 28 septembre.* — La température monte, le soir, à 40°6s ans que la céphalée ait augmenté, sans que la malade présente une recrudescence quelconque de ses symptômes méningés. Pouls à 120. Elle se plaint seulement d'insomnie, mais elle ne souffre nulle part.

La langue est toujours saburrale, la rate percutable, le ventre légèrement ballonné. Pas de taches rosées, ni de diarrhée.

Légers râles de bronchites aux deux bases.

Les cobayes, inoculés le 31 juillet avec le liquide céphalo-rachidien, sont sacrifiés. Ils ne présentent aucune lésion tuberculeuse.

Les jours suivants, la température descend en lysis. Toujours pas de céphalée, ni de vomissements. Le sommeil est revenu.

La malade n'a plus de Kernig.

*Le 30 septembre.* — Ponction lombaire.

Pas d'hypertension. Liquide clair et limpide.

*Examen cytologique.* — Grosse lymphocytose.

Pas de polynucléaires.

*Le 3 octobre.* — La température descendue à 37°5 le matin, remonte à 38°6 le soir. Le pouls est bien frappé, régulier, battant à 90.

L'état général est excellent ; il n'existe plus aucun symptôme

méningé. La malade s'alimente bien, sans vomir ; plus de céphalée, ni de rachialgie. Tout Kernig a disparu.

La lymphocytose rachidienne est le seul indice de réaction méningée qui persiste encore.

Les jours suivants, la courbe thermique continue à présenter une élévation vespérale quotidienne, avec cependant une descente générale en lysis.

*Le* 6 *octobre*. — Elle est à 37°5 le matin et 38°2 le soir.

*Le* 7 — La température marque 37°5 le matin mais remonte à 38°9 le soir.

Pourtant, aucun symptôme n'explique cette température oscillante. Pensant à la tuberculose, on ausculte avec soin les poumons sans y rien trouver. La malade ne tousse pas, elle a augmenté de poids depuis son entrée à l'hôpital ; elle a gagné 1 kilog. 400.

D'ailleurs, la malade se sent bien, les symptômes méningés ont complètement disparu. Elle se lève, a bon appétit, ne présente plus aucun symptôme oculaire, aucune contracture et surtout plus de céphalée, ni de vomissements. Elle demande à sortir de l'hôpital, mais, étant données ses ascensions thermiques vespérales, on n'autorise pas son exéat.

Nous avons examiné avec grand soin cette malade pour tacher de trouver la cause de cette température oscillante, sans pouvoir la découvrir. On est peut être en droit de soupçonner chez elle une tuberculose latente, notion qui pourrait faire douter du diagnostic de méningite syphilitique. Pourtant une méningite bacillaire donnant une température aussi élevée, avec une évolution aussi lente, serait bien exceptionnelle. Cette lente évolution nous a d'ailleurs permis d'apprécier les bienfaits du traitement mercuriel chez cette malade, puisque, à l'heure actuelle tous les symptômes méningés si accusés qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital, ont entièrement disparu.

Observation III. — *Méningite syphilitique aiguë* (Service de M. le Dr Thalamon, observation due à l'obligeance de MM. Joltrain et Rouffiac).

Mlle B..., 47 ans, Bichat, salle Louis, n° 16 *bis*.

Cette malade entre à l'hôpital, le 10 août 1913, se plaignant de céphalée vive, de douleurs au niveau de la nuque et de rachialgie. Il n'y a pas eu de vomissement.

Dès qu'on l'interroge, on constate chez elle une torpeur cérébrale très accusée. Elle répond très difficilement aux questions et présente des baillements fréquents. Elle dit cependant être souffrante depuis 8 jours environ.

En la faisant asseoir, la raideur de la nuque s'accuse, en même temps qu'un léger Kernig.

Les réflexes sont normaux; le signe de Babinski se produit en flexion.

Les signes oculaires sont des plus nets et frappent l'attention. Il existe du strabisme interne du côté gauche ne s'accompagnant pas de diplopie ; les pupilles sont inégales ; elles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Légère photophobie, la pression des globes oculaires est douloureuse. Le cœur, le foie, la rate sont normaux. Aux poumons, matité du sommet droit, rudesse respiratoire.

La belle-sœur de la malade, interrogée ne donne guère de renseignements utiles. Elle apprend seulement que les voisins de celle-ci vinrent la chercher il y a un mois environ, en disant qu'elle était folle. Depuis quelque temps, déjà, sa famille s'était aperçue d'un grand changement dans son caractère. Ce sont là tous les renseignements obtenus sur ses antécédents.

Elle a une fille de 18 ans, bien portante et n'a jamais fait de fausse couche.

En présence de ces symptômes ; céphalée, rachialgie, raideur de la nuque, Kernig et surtout des symptômes oculaires sus-indiqués, on pense de suite à une méningite tuberculeuse.

On pratique le lendemain une ponction lombaire.

Il n'y a pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui s'écoule goutte à goutte, clair et limpide.

*L'examen cytologique* montre une lymphocytose très abondante avec quelques rares polynucléaires. Pas de micro-organisme. Il y a de l'albumine en certaine quantité.

En examinant de plus près la malade on lui découvre une leucoplasie buccale des plus nettes. En présence de ce symptôme, on institue le traitement mercuriel : injections de deux centigrammes de biiodure d'Hg.

*Le* 27 *août.* — Après cinq injections de biiodure la température est tombée 37°, le pouls est à 60.

Mais l'état psychique paraît s'aggraver. La veille, la malade a été très agitée et depuis deux jours elle urine sous elle.

On pratique une 2e ponction lombaire qui donne le même résultat que la première.

*Le* 3 *septembre.* — 3e ponction lombaire qui donne à l'examen une lymphocytose pure et une albuminurie légère.

On constate chez la malade un signe de Guillain très net, le réflexe de Brudzinski n'existe pas. Le Babinski se fait en flexion.

*Le* 5 *septembre.* — Les troubles psychiques ont augmenté, consistant en délire tranquille, désorientation complète dans le temps (la malade se croit au 5 janvier et dit avoir 39 ans) et dans l'espace (elle dit être au Vésinet).

Il n'y a pas d'acchoppement de la parole, pas de tremblement fibrillaire.

Dans l'après-midi, la malade s'agite, mélange ses boissons, dit avoir vu son frère et sa sœur qui n'ont pas paru à l'hôpital.

On commence les injections intra-veineuses de cyanure d'Hg.

La température oscille entre 37° et 37°5. Le pouls est à 60.

*Le* 8 *septembre.* — La raideur de la nuque est toujours très marquée mais le Kernig moins net. L'état psychique est toujours le même. Température 37°6 le soir.

Nouvelle ponction lombaire donnant les mêmes résultats que les précédentes.

On pratique sur le liquide céphalo-rachidien la précipito-réaction de la manière suivante :

Dans un tube on met 50 gouttes, dans un second 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien. On ajoute, dans chacun d'eux, une goutte de sérum syphilitique (technique analogue au précipito diagnostic de Vincent et Bellot). Il n'y a aucun trouble au bout de 48 heures dans l'étuve à 37°.

En variant les doses de sérum jusqu'à 8 et 10 gouttes, on n'obtient pas plus de résultat.

*Le 16 septembre.* — L'état de la malade s'est sensiblement amélioré au point de vue psychique. Elle répond bien, maintenant, aux questions qu'on lui pose. Elle ne présente plus d'incontinence des sphincters.

Mais est apparue une paralysie faciale du côté droit, avec très légère parésie des membres du côté gauche, apparente seulement au niveau du membre supérieur. Lorsqu'on demande à la malade de nous serrer la main, la force est manifestement diminuée du côté gauche.

De ce côté, le réflexe de Babinski se fait en extension.

Par contre, la raideur de la nuque est manifestement moins marquée, il n'y a plus de céphalée, pas de vomissements, toujours un léger Kernig.

On pratique une injection intra-dermique de 1 cc de luétine. Trois jours après aucune réaction n'est apparue au niveau de la piqûre.

*Le 10 octobre.* — La malade est très améliorée. — Elle ne présente plus de contractures, ni de céphalée. — Aucun trouble oculaire.

Transformation complète au point de vue psychique : plus de délire, ni de confusion mentale. Plus d'incontinence des sphincters.

Elle se lève un peu, s'alimente bien.

Il n'y a plus de température.

Seuls persistent un léger Kernig, et la paralysie faciale du côté droit. Le réflexe de Babisnki se fait toujours en extension du côté gauche.

L'état général est excellent.

**Observation IV.** — *Méningite syphilitique aiguë avec délire. — Guérison* (Claisse et Joltrain. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, févr. 1908).

Le malade dont il s'agit, âgé de trente-quatre ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1907, pour une céphalée très intense, des frissons et des vomissements.

Il se plaint, en effet, de maux de tête violents, à siège frontal, irradiés aux cavités orbitaires, accompagnés de vomissements qui présentent tous les caractères des vomissements cérébraux, faciles, sans nausées, fréquents et abondants. Ces phénomènes durent depuis trois jours avec cette intensité, et ce sont eux qui décident le malade à entrer à l'hôpital. Mais dès qu'on l'interroge sur ses antécédents, on s'aperçoit que l'on se trouve en face d'un ancien paludéen syphilitique et éthylique.

*Antécédents personnels.* — En 1891, il fait son service à Madagascar, où il contracte le paludisme, et en 1892, il reste pendant huit jours à l'hôpital militaire de Marseille pour une nouvelle crise de fièvre palustre avec anémie intense. Il revient à Paris avec un congé de convalescence, et au bout de huit jours il entre au Val-de-Grâce, où il passe un mois et demi. En outre, il est, à cette époque, déjà très impressionnable et a fréquemment des palpitations cardiaques, dont il se plaint encore actuellement. Il présente, les années suivantes, encore quelques crises paludéennes rappelant en tout point la première.

En 1897, blennorragie avec orchite.

En 1898, il contracte la syphilis ; chancre induré, roséole et plaques muqueuses. Il est traité par le mercure à Saint-Louis, et au bout de deux ans apparaissent des kératoses palmaires et plantaires, qui n'ont jamais disparu depuis et dont on peut encore, à l'entrée à l'hôpital, constater la présence et les caractères.

Depuis leur apparition, il y a sept ans, ces lésions, non douloureuses et ne gênant en rien le malade dans ses occupations, ont peu varié. Pendant toute cette période, il n'a jamais été soumis au traitement spécifique.

Enfin, le malade déclare lui-même avoir fait autrefois grand abus d'alcool, et a toujours été très nerveux ; mais, depuis quelques années, il ne boit plus d'absinthe et prend deux litres de vin par jour au maximum, ces affirmations étant confirmées par sa famille.

C'est, il y a environ six mois que, brusquement, le malade est pris, dans la rue, d'un ictus avec perte de connaissance, il est ramené chez lui, et le même jour présente deux nouvelles crises violentes avec convulsions épileptiformes. Pendant les huit jours que dure cette crise, il est en proie à un délire aigu, avec idée de persécution et de suicide. Il tente même un jour, pendant une crise de délire plus violente, de donner un coup de couteau à sa femme. A cet état d'excitation aurait déjà succédé, à cette époque, une paralysie de la jambe droite avec paralysie faciale du même côté, et sans aucun trouble du côté du membre supérieur. Cette paralysie dure une quinzaine de jours et disparaît assez brusquement. Il présentait, en outre, à cette époque, quelques troubles oculaires et surtout de l'amblyopie et de la diplopie. Tous les phénomènes disparaissent peu à peu, et le malade peut reprendre, sans présenter aucun trouble, ses occupations journalières, lorsqu'il y a trois jours, il se plaint de céphalée frontale intense, et est pris de violents frissons avec tremblements, qui, ne cessant pas les deux jours qui suivent, le décident à entrer à l'hôpital, dans notre sevice.

En résumé, il semble que déjà ce malade, avant son entrée à l'hôpital, a présenté une série de phénomènes : ictus, crises épileptiformes, céphalée inteuse, troubles oculaires, phénomènes paralytiques, qui se sont succédé sans ordre et paraissent devoir être mis sur le compte de sa syphilis ancienne.

Malheureusement, nous n'avons pu recueillir tous ces renseignements précieux que quelques jours après son entrée, lorsque nous avons pu l'interroger, et obtenir confirmation de ses dires par sa famille.

*Examen à l'entrée.* — Le jour de son entrée à l'hôpital, en effet, avant même d'être couché, et après nous avoir donné l'impression d'un délirant par les réponses étranges faites aux premières questions qu'on lui pose, il présente devant nous une crise

épileptiforme simulant en tous points une crise d'épilepsie vraie. Il pousse un cri et tombe, puis, aussitôt, suit une phase tonique pendant qu'on le porte sur son lit. Sa face devient vultueuse, il a du trismus et de la contracture généralisée, qui le tiennent quelques instants en osthotonos. Au bout de quelques secondes, la phase clonique commence par des mouvements convulsifs violents et généralisés. Il semble cependant que ces convulsions soient plus marquées dans les membres du côté droit qu'à gauche. Il a de l'écume aux lèvres et une respiration stertoreuse. Cependant il n'y a pas de trace de morsure de la langue, et, la crise terminée, le malade n'a aucun trouble sphinctérien ; il reste cependant obnubilé longtemps et n'a aucun souvenir, au réveil, des faits passés. Dans la journée, il a des vomissements abondants et bilieux et des selles noirâtres.

Quand on l'examine, on lui trouve une hyperesthésie cutanée considérable, généralisée, encore plus intense au niveau de la partie antérieure des dernières côtes, et dans la région dorsale au niveau des apophyses épineuses. Pas de zone d'anesthésie.

Il a le teint jaune, les conjonctives injectées de sang, et légèrement subictériques ; les paupières retombent sur l'œil, comme s'il y avait un léger degré de ptose bilatérale, et, ce qui est surtout remarquable, c'est une inégalité pupillaire considérable, pupille gauche normale, pupille droite très dilatée.

Les pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation. Le signe d'Argyll Robertson est donc net. L'abdomen est souple ; le foie gros et douloureux, la rate perceptible sur trois travers de doigt. Pas de ganglions. Les bruits du cœur sont normaux, le pouls bat à 100°. Les poumons ne présentent rien de particulier. La température est à 37°8.

Il n'y a pas de signe de Kernig, les réflexes rotuliens sont normaux ainsi que les plantaires et les cutanés. Il n'y a pas de Babinski, aucun trouble de la démarche et de l'équilibre, pas de Romberg.

Cependant, déjà l'état mental du malade paraît particulier, il répond d'une manière saccadée aux questions qu'on lui pose ; ne paraît pas avoir de suite dans les idées ; parle avec rapidité, et

brusquement; le soir même de son entrée, il entre dans un délire furieux, voulant s'enfuir, menaçant ses voisins et le personnel, qui veut le retenir, si bien qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force. Il prononce des phrases sans suite, ayant rapport à son intérieur; il a des hallucinations visuelles qui le terrifient.

Calmé un peu par les narcotiques, on lui retire la camisole de force, mais le lendemain soir, repris avec la même brusquerie de délire, il blesse un infirmier de garde auprès de lui, en lui jetant son urinal à la tête.

Lorsque nous examinons le malade, la température est à 38°, et monte le soir même à 39 degrés. Le pouls rapide, bien frappé et régulier bat à 120.

L'examen attentif du poumon, à part une légère obscurité respiratoire au sommet droit, ne décèle rien de particulier. La constipation est opiniâtre; les urines, denses et hautes en couleur, ne contiennent pas d'albumine. Pour la première fois, on constate une ébauche de signe de Kernig et une légère contracture des muscles de la nuque.

*L'inégalité pupillaire, la contracture, la constipation, les crises, épileptiformes, le délire aigu et la présence de température font penser à une méningite tuberculeuse.*

C'est alors qu'on pratique une *première ponction lombaire*. Le liquide sort en jet, montrant une forte hypertension; il est clair et contient une assez grande quantité d'albumine. L'examen cytologique montre une formule très particulière et qui mérite d'être analysée en détail.

Nombre considérable de leucocytes dans la préparation, et prédominance très nette des lymphocytes (près de 78 °/₀). On peut donc affirmer la lymphocytose, mais en outre on remarque la présence de nombreux mononucléaires, d'assez grandes dimensions avec quelques granulations.

On ne trouve pas trace de bacille de Koch sur les préparations colorées au Ziehl et examinées avec attention. La recherche du tréponème pâle de Schaudinn, par colorations au Giemsa, reste également négative.

On ensemence sur gélose sanguine, bouillon, agar, eau pep-

tonée; le liquide céphalo-rachidien et les ensemencements restent négatifs.

Enfin, on inocule 10 cent. cubes à un cobaye et, celui-ci, sacrifié ces temps derniers, ne présentait aucune lésion de tuberculose.

La présence de cette formule cytologique qui laisse place au doute entre tuberculose et syphilis, le signe d'Argyll Robertson, la présence des lésions cutanées, nous engagent à instituer le traitement spécifique et l'on commence immédiatement une série de piqûres de biiodure. De plus, on injecte 10 cent. cubes d'électrargol dans le liquide céphalo-rachidien.

Les jours suivants, du 3 au 6 décembre, la température monte graduellement jusqu'à 40 degrés; le pouls reste à 100, toujours rapide et peu frappé.

Le syndrome méningé est des plus nets. Le signe de Kernig et la raideur de la nuque manifestes. La céphalée persiste très intense, peu soulagée par les calmants et par glace. On ne trouve rien du côté de l'oreille, bien que le malade se plaigne de bourdonnements continus. L'inégalité pupillaire persiste toujours aussi marquée ; mais l'examen du fond de l'œil, pratiqué par M. Chaillous, ne présente rien de particulier. Il n'y a pas de trace de state. L'état psychique reste le même. Le malade a du délire par instants, mais moins violent, les hallucinations sont moins fréquentes, les phases d'accalmie plus longues.

On fait une *nouvelle ponction lombaire*, le 2 décembre, et nous faisons suivre, le diagnostic de syphilis paraissant de plus en plus évident, d'une injection intra rachidienne de mercure colloïdal.

Pourcentage :

| | |
|---|---|
| Polynucléaires | 80 p. 100 |
| Lymphocytes | 11 — |
| Grandes cellules mononucléaires endothéliales | 9 — |

Le liquide céphalo-rachidien retiré est toujours clair, mais albumineux, et le point intéressant est que la formule est entièrement modifiée. Nombreuses cellules entothéliales isolées.

Mais les lymphocytes sont rares et l'on constate cette fois une prédominance marquée de polynucléaires.

M. Caussade ayant déjà montré, avec l'un de nous, combien les

injections de métaux colloïdaux à l'intérieur du canal rachidien étaient capables de modifier rapidement les formules cytologiques et en particulier de transformer en polynucléoses des lymphocytoses, pures constatées au cours de méningites tuberculeuses, nous avons cru pouvoir mettre sur le compte de l'injection colloïdale cette inversion rapide de la formule cytologique. Dans des cas de méningites tuberculeuses, en effet, l'introduction d'une solution saline isotonique au liquide céphalo-rachidien était insuffisante pour produire la même modification.

Une *troisième ponction lombaire* est pratiquée le lendemain avec une formule analogue. Il y a toujours de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Petite quantité d'adbumine. La formule cytologique est à peu près identique à la précédente.

C'est le 4 décembre au matin, alors que le délire paraissait diminuer et qu'à la phase d'excitation du début semblait succéder une phase de dépression, que le malade se réveille avec une monoplégie brachiale et une paresse du membre inférieur du même côté. Au membre supérieur, paralysie flasque complète ; seul le deltoïde paraît conserver sa force. Au membre inférieur, les mouvements sont limités. Le réflexe rotulien est aboli. Il n'y a pas de signe de Babinski ; la sensibilité paraît intacte.

Le 6 et le 7, les phénomènes paralytiques diminuent d'intensité, les mouvements réapparaissent complètement au membre inférieur et les doigts de la main se mobilisent. Mais le soir la température, jusqu'alors à 38.38, monte alors à 40°, et de nouveau le délire apparaît avec des hallucinations visuelles et des idées de persécution. Il a en outre, à différentes reprises, des vomissements qui présentent les caractères des vomissements cérébraux ; ils sont faciles, abondants, alimentaires et bilieux, et surviennent sans nausées. Le teint est jaune, les conjonctioves légèrement subictériques ; les urines contiennent une légère quantité d'albumine et de l'indican.

On fait une *nouvelle ponction lombaire*, suivie d'une injection de 10 centimètres cubes de mercure colloïdal.

L'examen du liquide montre encore une assez grande hypertension, de l'albumine et une forte proportion d'éléments, bien que le liquide reste clair.

Ces éléments sont :

| | |
|---|---|
| Polynucléaires | 84 |
| Lymphocytes | 10 |
| Mononucléaires | 6 |

Dès le lendemain, la température baisse de 1 degré, l'état général est meilleur, le délire disparaît, et les jours suivants la déferves cence se fait en lysis, la céphalée diminue, les phénomènes paralytiques disparaissent complètement, le malade se lève. En même temps, les lésions cutanées ont disparu au point d'être à peine visibles. Pendant toute cette période, d'ailleurs, et depuis l'entrée, en outre des injections de mercure colloïdal intra-rachidiennes, le malade est soumis à un traitement mercuriel intensif par des piqûres journalières de biiodure de mercure.

On cesse alors le traitement et, le 10 décembre, une *dernière ponction lombaire* pratiquée montre un liquide clair, tombant en gouttes rapides, ne contenant plus d'albumine et ne contenant plus qu'un petit nombre d'éléments (5 à 6 par champ au lieu de 20). Les lymphocytes de nouveau dominent.

A partir de ce moment, on ne constate plus aucun phénomène et la convalescence est rapide, si bien que douze jours après, le 20 décembre, le malade part guéri à Vincennes et, actuellement, il a pu reprendre son travail et ne présente plus aucun signe fonctionnel. Il ne lui reste plus que l'inégalité pupillaire, et voici l'examen de ses yeux, pratiqué ces jours derniers par M. Dehenne.

Pupille de l'œil droit un peu plus dilatée que celle de l'œil gauche.

Acuité visuelle de 8/10 O. D.

Acuité visuelle de 10/10 O. G.

Le fond de l'œil est normal des deux côtés. A droite il y a abolition du réflexe pupillaire à la lumière et conservation du réflexe à l'accommodation.

M. Dehenne, de plus, nous fait savoir qu'il a consulté le malade pour une paralysie de la troisième paire et pour une paralysie de la sixième, l'une au mois de juin et l'autre au mois de juillet.

**Observation V.** — *Méningite tuberculeuse chez un syphilitique* (Joltrain et Levi-Frankel, *Annales des Maladies vénériennes*, 1913).

Le malade, âgé de 33 ans, entre le 17 avril 1913, salle Saint-Augustin, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Caussade, avec céphalée violente et rachialgie.

Dès les premiers mots de l'interrogatoire, on remarqua une voix brève, saccadée, unie à un certain degré de confusion mentale. Toutefois le malade se rend compte de son état ; il est capable de répondre aux questions posées.

On apprend qu'il est malade depuis une quinzaine de jours. La maladie a débuté par une céphalée, qui, pendant 5 ou 6 jours, n'a pas nécessité l'arrêt du travail. Depuis 10 jours, il a eu quelques vomissements, la céphalée a augmenté considérablement, nécessitant l'alitement. La constipation est opiniâtre.

En présence de ce trépied méningitique, à évolution semblant assez rapide, étant donnée la température à 39°6, le pouls à 76, une hyperesthésie assez nette à la piqûre, une exagération des réflexes cutanés, une raideur marquée de la nuque et du rachis, jointe à un Kernig peu accusé, en l'absence de tout phénomène otitique ancien ou récent, l'on devait immédiatement penser à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale.

La ponction lombaire, faite le 19 avril, donne écoulement à un liquide très hypertendu, peu clair, et avant tout examen, une injection de 20 cent. cubes de sérum antiméningococcique fut pratiquée.

L'examen du liquide montre une faible quantité de polynucléaires, des lymphocytes d'une grande abondance collés les uns contre les autres, au point de donner l'aspect d'une mosaïque. On note l'absence complète de tout microorganisme. La recherche du bacille de Koch est négative. Il y a de l'albumine en certaine quantité.

A ce moment, le malade ne présente ni photophobie, ni altération pupillaire, ni strabisme, ni diplopie, ni douleur à la pression des globes oculaires.

*Le 20 avril.* — La température, qui s'était maintenue entre 39° et 39°8, descend à 38°5.

Une nouvelle ponction lombaire montre un liquide toujours hypertendu, toujours un peu louche, et une deuxième injection de 20 cent. cubes de sérum antiméningococcique est faite.

*Le 21 avril.* — Le tableau clinique est légèrement modifié. La température est à 38°, le pouls à 90.

Le Kernig est très accentué.

Le malade est très agité et gêne le repos des autres malades. Il a du délire de parole et d'action.

Il gémit de temps en temps, et présente des hallucinations visuelles.

Toutefois, il est capable de répondre aux questions posées.

Il a depuis ce jour de la diplopie par paralysie du droit externe de l'œil gauche.

Il a des soubresauts tendineux et des secousses musculaires. L'examen des urines montre de la glycosurie (27.5 par litre).

La ponction lombaire montre un liquide clair, hypertendu. La lymphocytose est abondante et pure. Il n'y a pas de polynucléaires. On note la présence d'un coagulum fibrineux 18 heures après la ponction.

*Le 23 avril.* — Désireux de compléter les renseignements sur les antécédents du malade, nous interrogeons sa femme qui nous donne des renseignements fort intéressants.

Avant le début des accidents aigus qui, ainsi que nous l'avait dit le malade, remontent à 3 semaines environ, on s'était aperçu des modifications survenues dans son caractère. Depuis le mois de septembre, il s'irritait facilement. A certains moments, il présentait des périodes d'agitation qui cessèrent depuis un mois environ.

En somme, il est malade depuis plusieurs mois. Il n'a pas maigri, il n'a pas toussé, il n'a eu aucun trouble digestif, mais il a simplement présenté des troubles du caractère.

Pressée de questions, la femme nous raconte que son mari a contracté la syphilis sept ans auparavant et l'a contaminée peu après.

Ces renseignements, joints à la réaction de Wassermann qui

donne un résultat positif dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, permettent donc de porter un diagnostic à peu près certain : il s'agit soit d'une méningite chronique syphilitique, soit, et c'est le diagnostic qui semble le plus probable, d'une méningo-encéphalite.

Seule la fièvre, et la fièvre dissociée, semblent en contradiction avec cette hypothèse.

A ce moment, la température est redevenue normale à 37°. Le pouls est à 110.

Le traitement hydrargyrique est immédiatement institué sous forme d'injections intraveineuses de cyanure de mercure à 0.02 centigr. par jour.

*Le 26 avril.* — L'état du malade s'est sensiblement aggravé, malgré le traitement intensif. Les nuits sont agitées, les journées sont calmes ; le malade est abattu, indifférent, marmotte entre ses dents des paroles inintelligibles. Il a de la carphologie. Il est en proie à une diarrhée profuse avec incontinence des réservoirs vésical et rectal.

La température est à 37°. Le pouls est à 130, petit, dur, peu régulier. Le coma devient complet le 26 avril au soir. La mort survient le 27 avril, à 8 heures du matin.

Ainsi, la durée de séjour à l'hôpital a été de dix jours. La période aiguë a été d'un mois. Mais elle a été précédée de prodromes ayant duré plusieurs mois (septembre 1912 à avril 1913), se manifestant seulement par des troubles du caractère.

*L'autopsie* est pratiquée le 28 avril, à 9 heures du matin.

Le cerveau présente sur sa convexité, au voisinage de la scissure de Sylvius et sur toute la région frontale et sur la face inférieure, des tubercules pie-mériens absolument typiques, visibles à premières vue, de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet.

En décortiquant le cerveau et en regardant la pie-mère par transparence, on la voit semée de granulations extrêmement nettes, très disséminées sur toute la face supérieure et la convexité.

Le cervelet est intact.

Au contraire, les toiles choroïdiennes et les plexus choroïdes

sont semés de granulations tuberculeuses assez concrètes pour donner l'apparence d'un magma caséeux assez épais.

La face antéro-inférieure de la protubérance et du bulbe sont recouvertes de poussière à granuleuse nette. La toile choroïdienne du quatrième ventricule semble indemne.

La coupe du cerveau et du bulbe ne montre rien de visible. Or, et c'est là un des points les plus intéressants de ce cas, l'examen des viscères est absolument négatif au point de vue tuberculose.

**Observation VI.** — *Méningite tuberculeuse chez une syphilitique* (Joltrain et Lévi-Franckel, *Annales des Maladies vénériennes*, août 1913).

Fou..., Ernest, âgé de 38 ans, entre à l'hôpital le 31 juillet 1909, dans le service du prof[r] Gaucher avec un phimosis irréductible, et l'on sent nettement par la palpation deux masses indurées sous-jacentes, qui font immédiatement porter le diagnostic de chancres syphilitiques. Il y a d'ailleurs des ganglions indurés et non douloureux dans les plis de l'aine de chaque côté.

Lorsque nous examinons le malade, le début des accidents remonte à trois semaines. Sur le prépuce, on aperçoit, sur la face inférieure, un chancre induré en voie de cicatrisation. Dans la gorge, des plaques muqueuses, surtout sur l'amygdale gauche, enfin, sur le corps et la poitrine, de nombreuses syphilides papuleuses. La femme du malade a fait, depuis un an et demi, deux fausses-couches. La réaction de Wassermann est nettement positive et c'est probablement elle qui a contaminé son mari.

Le 2 août au matin, le malade qui paraît assez abattu et n'a pu dormir, se plaint de douleurs violentes dans la tête. Le pouls est à 110 ; la température à 39°2, et l'on ne trouve à l'auscultation aucun signe permettant de soupçonner la cause de cette élévation de température.

L'abdomen est souple, le foie est un peu augmenté de volume ainsi que la rate ; il n'y a pas de diarrhée, les urines contiennent une légère quantité d'albumine.

Les deux jours qui suivent, le tableau se précise, le malade se

plaint d'une céphalée atroce et demande qu'on l'en débarrasse à tout prix ; ses pupilles sont inégales ; il se plaint de douleurs vives dans la nuque, et celle-ci est manifestement raide. On note en outre un signe de Kernig manifeste, quelques troubles circulatoires, une constipation opiniâtre, et quelques vomissements. La céphalée ayant encore augmenté, on pratique une ponction lombaire ; le liquide sort en jet, traduisant une forte hypertension ; il paraît clair et voici le résultat des recherches pratiquées sur ce liquide.

Le degré cryoscopique est à 0.58 ;

L'albumino-réaction est nettement positive.

La réaction de Noguchi par l'acide butyrique est également des plus nettes ; seule, la réaction de Wassermann se montre légèrement positive dans le liquide céphalo-rachidien, et dans le sang, elle est nettement positive.

L'examen cytologique montre une lymphocytose très abondante, 25 à 30 par champ microscopique, avec quelques grandes cellules, et de très rares polynucléaires neutrophiles. En voici d'ailleurs le pourcentage.

| | |
|---|---|
| Polynucléaires | 6 |
| Grands mononucléaires | 4 |
| Lymphocytes | 88 |
| Formes indéterminées ressemblant à des plasmazellen. | 2 |

Les jours suivants 5, 6 et 7 août, la température baisse à 38°, 37° 8, mais le pouls bat à 130 pulsations par minute, et cette dissociation du pouls et de la température est assez frappante pour éveiller l'idée de la méningite tuberculeuse, bien que le traitement intensif ait paru amener une légère amélioration de l'état général.

La céphalée a si considérablement diminué à la suite de la première ponction lombaire que de lui-même le malade en demande une nouvelle. On pratique celle-ci le 7 août ; le liquide est très légèrement louche, sort toujours en jet, puis en gouttes pressées, est très riche en lymphocytes et par une recherche attentive après coloration au Ziehl, on trouve des bacilles de Koch qui donnent la signature tuberculeuse de l'affection, jusqu'alors considérée comme syphilitique.

Le malade meurt trois jours après, et l'on constate à l'autopsie une méningite tuberculeuse des plus typiques. On ne trouve nulle part dans l'organisme de lésion tuberculeuse. Il paraissait donc s'agir d'une méningite primitive.

# CONCLUSIONS

I. Les divers syndromes méningés susceptibles d'être observés en clinique, affectent tous une allure à peu près semblable, présentant de nombreux symptômes communs qui traduisent la réaction des méninges à l'infection, quelle qu'en soit la nature. Ce fait explique les difficultés, parfois très grandes, d'un diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la méningite syphilitique chez l'adulte.

II. Au point de vue clinique, la forme classique de la méningite tuberculeuse est assez caractérisée pour que, le plus souvent, le diagnostic en soit facile. Mais il existe de nombreuses causes d'erreur, dues surtout aux formes très variables qu'elle peut présenter, ainsi que la méningite syphilitique d'ailleurs : formes latentes, subaiguës, aiguës ou chroniques.

Parmi les signes les plus importants de la méningite tuberculeuse, il convient de relever la dissociation du pouls et de la température que nous avons rarement notée dans la méningite syphilitique.

Les troubles vaso-moteurs, les convulsions, les contractures sont plus en faveur de la méningite tuberculeuse, sans qu'ils aient une valeur absolue. Il en est de même

de la céphalée qui présente, dans la méningite syphilitique, des caractères particuliers : longue durée, intensité, ténacité, exacerbations nocturnes.

Les troubles intellectuels et psychiques, les troubles sensitifs et sensoriels, les paralysies sont susceptibles de se rencontrer au cours de ces deux affections, sans qu'il soit possible de faire fonds sur ces symptômes pour poser un diagnostic précis. Seul, le signe d'Argill-Robertson est pathognomonique de la syphilis ; mais il manque souvent dans la méningite aiguë syphilitique.

III. Les méthodes de laboratoire doivent toujours être associées à l'examen clinique pour tenter, dans les cas difficiles, l'affirmation du diagnostic.

Dans les deux cas, pourtant, on trouve de la lymphocytose rachidienne associée parfois à une légère polynucléose. Cette lymphocytose ne renseigne donc en rien sur la nature de la réaction méningée ; elle n'est que la preuve d'une irritation subaiguë de la séreuse.

Ni l'aspect macroscopique du liquide, ni la présence d'un coagulum fibrineux, très souvent rencontré, pourtant dans la méningite tuberculeuse, ni la recherche du point cryoscopique, plus abaissé également dans celle-ci, ne permettent de conclure de façon certaine. Il en est de même de l'albumino-réaction, plus accusée en général dans la syphilis.

La recherche des précipitines, celle des agglutinines, outre qu'elles sont particulièrement délicates, ne donnent pas non plus d renseignements bien précis.

Il existe pourtant deux signes capitaux quasi pathognomoniques :

1° La présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, souvent constatée en prenant certaines précautions de préparation, impose le diagnostic de tuberculose méningée ;

2° Et la constatation d'une réaction de Wassermann positive dans ce liquide confirme les présomptions en faveur d'une méningite syphilitique.

La luétine-réaction paraît donner des renseignements utiles dans le cas de syphilis latente ; mais on ne devra pas oublier qu'une méningite tuberculeuse peut évoluer chez un syphilitique et que, par conséquent, cette réaction ne permettra pas d'affirmer, à elle seule, la nature spécifique d'une méningite.

IV. En résumé, c'est surtout sur un faisceau de constatations que s'établira le diagnostic différentiel entre ces deux formes de méningite. Sauf la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, ou la constatation d'un Wassermann positif, aucun symptôme isolé de clinique ou d'expérimentation ne saurait, à lui seul, permettre d'affirmer un diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la méningite syphilitique. Mais, lorsque plusieurs observations à la fois cliniques, bactériologiques et expérimentales se complètent en faveur de l'une ou l'autre de ces affections, elles acquièrent une valeur considérable.

V. Aujourd'hui que l'on connaît la fréquence des méningites syphilitiques, dans tous les cas où il subsiste le moindre doute sur la nature de la maladie en cours, on devra appliquer le traitement spécifique qui sera, en

même temps, une méthode précieuse de diagnostic, véritable pierre de touche, puisqu'il permettra de solutionner la question par son évolution. On sait, en effet, que la presque totalité des méningites syphilitiques sont susceptibles de céder à un traitement judicieusement institué.

---

Le Président de la Thèse
WIDAL.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*
L. LIARD.

# BIBLIOGRAPHIE


**Achard, Lœper** et **Laubry.** *Archives générales de médecine expérimentale*, juillet 1901.

**Arloing** et **Courmont.** *Presse médicale,* 1er juillet 1900.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1901.

**Altermann.** *Hémorragies méningées dans la méningite tuberculeuse.* Thèse de Paris, 1912.

**Armand-Delille.** *Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse.* Thèse de Paris, 1903.

**Bensaude** et **Rivet.** Méningite aiguë syphilitique. *Archives gén. de médecine*, nov. 1904.

**Berger** et **Weissenbach.** Méningite cérébro-spinale éberthienne. *Bulletin et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1911, t. II, p. 279.

**Boidin (L.)** et **Pierre Weill.** Méningite syphilitique secondaire aiguë. *Presse médicale*, 19 oct. 1907.

**Brunstein.** *Contribution à l'étude de la méningite syphilitique aiguë.* Thèse de Paris, 1912.

**Brissaud** et **Brécy.** Cas de méningite aiguë guérie par le traitement antisyphilitique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1902, 21e rev., p. 127.

**Chantemesse.** Thèse de Paris, 1884.

**Concetti.** *Riforma medica,* oct. 1902.

**Claisse** et **Joltrain.** Méningite syphilitique aiguë. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, fév. 1908.

**Claret** et **Lyon-Caen.** Les méningites typhiques. *Gaz. des Hôp.*, 1910, p. 709.

**Drouet.** *Méningites syphilitiques aiguës.* Thèse de Paris, 1904.

**Desnos.** *Méningite syphilitique aiguë.* Thèse de Paris, 1910.

**Gaucher** et **Malloizel.** *Bull. de la Soc. de derm. et de syph.*, 1907.

**Gaillard** et **d'Œsnitz**. Méningite aiguë syphilitique guérie par injection de benzoate de Hg. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 18 juin 1903, p. 667.

**Joltrain.** *Nouvelles méthodes de séro-d'agnostic*, 1912.

**Joltrain** et **Levi-Franckel.** Méningite syphilitique et méningite tuberculeuse chez l'adulte. *Annales des maladies vénériennes*, août 1913.

**Laignel-Lavastine** et **J. Troisier.** Méningo-myélite syphilitique avec hémi-anopsie. *Tribune médicale*, 1907.

**Lamy.** *Méningite syphilitique aiguë.* Thèse de Paris, 1893

**Laubry** et **Giroux.** Méningite aiguë syphilitique. *Tribune médicale*, 1907.

**Lutier.** *Nouveau procédé d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses.* Thèse de Paris, 1903.

**Lutel.** *Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.* Thèse de Paris, 1913.

**Lemierre** et **Joltrain.** Méningite purulente et éberthienne. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, nov. 1912.

**Delapersonne, Opin** et **Le Sourd.** Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire. *Société de Biologie*, 10 janvier 1903.

**Milian.** Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. *Trib. méd.*, 1904.

— Méningite syphilitique. *Revue des Hôpitaux en France et à l'étranger*, 1907, p. 292.

**Merle.** *Etude sur les épendymites cérébrales.* Thèse de Paris, 1910.

**Miriel.** *Méningite syphilitique.* Thèse de Paris, 1910.

— *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1911.

**Noguchi (H.).** *Journal of experimental Medicine*, 1911, n° 6.

**Ravaut.** Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. *Ann. de Derm. et de Syph.*, janv. 1903.

— Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. *Ibid.*, juillet 1903.

**Roger (H.).** Les méningites syphilitiques. Revue générale. *Paris médical*, 19 avril 1913.

**Sergent.** *Tuberculose et syphilis.*

**Sicard** et **Monod.** *Soc. méd. des Hôp.*, 19 janv. 1901.

**Sicard** et **Roussy.** Méningite aiguë cérébro-spinale syphilitique *Soc. de Neurologie*, 7 mai 1904; *Revue de Neurologie*, juin 1904, p. 491.

**Strassmann.** Ueber seltene sehr erlausche Verlaufform Tuberculosen Meningitis. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, Jena, 1911.

**Thibierge** et **Ravaut.** Paralysie faciale à la période secondaire de la syphilis. Lymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des Hôp.*, 29 nov. 1902, p. 451.

**Touraine (A.).** *Les anti-corps syphilitiques.* Thèse de Paris, 1912.

**Vincent.** Thèse de Paris, 1910.

**Widal.** Cytologie du liquide céphalo rachidien chez les syphilitiques. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 19 fév. 1903, p. 120.

**Widal, Sicard** et **Ravaut.** Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques. *Soc. méd. des Hôp.*, 18 janv. 1901.

— Cyto-diagnostic de la méningite tuberculeuse. *Soc. de Biologie*, 13 oct. 1900.

**Widal, Sicard** et **Monod.** *Soc. de Biol.*, 3 nov. 1900.

**Widal** et **Le Sourd.** Méningite aiguë. Guérison par le traitement antisyphilitique. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 27 fév. 1902.

**Widal** et **Sicard.** Etude sur le séro-diagnostic et la réaction agglutinante chez les typhiques. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.

— *Traité de Pathologie générale* de BOUCHARD, t. VI, p. 263.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

CHAPITRE I. — **Etude clinique** ..... 13

I. Formes latentes ..... 14

II. Méningite syphilitique aiguë ..... 17

CHAPITRE II. — **Examens de laboratoire** ..... 31

I. Etude du liquide céphalo-rachidien ..... 31

II. Recherche des précipitines ..... 43

III. Recherche des agglutinines ..... 44

IV. Cuti-réactions ..... 46

CHAPITRE III. — **Anatomie pathologique** ..... 49

OBSERVATIONS ..... 55

CONCLUSIONS ..... 83

BIBLIOGRAPHIE ..... 87



Saint-Brieuc. — Typ. F. GUYON (3318-6-13).